

**IMPLEMENTASI PEMBERIAN PAKET DZIKIR DAN  
*FOOT AND HAND MASSAGE* UNTUK MENGURANGI NYERI  
PADA PASIEN POST OP LAPARATOMI KISTA OVARIUM**

**Karya Tulis Ilmiah**

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**Disusun Oleh:**

**DINA NI'MATUL AULIA**

**40902100025**

**PRODI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2024**

**IMPLEMENTASI PEMBERIAN PAKET DZIKIR DAN  
*FOOT AND HAND MASSAGE* UNTUK MENGURANGI NYERI  
PADA PASIEN POST OP LAPARATOMI KISTA OVARIUM**

**Karya Tulis Ilmiah**



**Disusun Oleh:**

**DINA NI'MATUL AULIA**

**40902100025**

**PRODI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2024**

## **SURAT PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 12 Mei 2024



(Dina Ni'matul Aulia)  
NIM. 40902100025



## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 16 Mei 2024



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Kamis, 16 Mei 2024 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan dari Tim Penguji.

Semarang, 12 Mei 2024


Tim Penguji,

Penguji I

  
(Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIDN: 0618048901

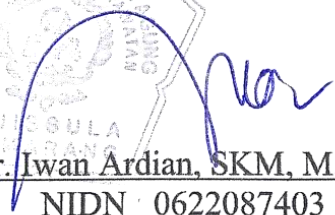
Penguji II

  
(Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIDN : 0624027403

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

  
(Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep)

NIDN : 0622087403

## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum Wr.Wb*

Terima kasih dengan rahmat, taufiq, dan hidayah Allah SWT, penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah berjudul **“Implementasi Pemberian Paket Dzikir dan Foot and Hand Massage Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium”**. Penulis menghadapi sejumlah tantangan saat menyusun karya tulis ilmiah ini. Tantangan tersebut dapat diselesaikan berkat bimbingan dan pengarahan, serta bantuan dari berbagai pihak. Penulis berterima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.H. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An. Selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat. sebagai pembimbing yang sabar, tulus, dan meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan pengetahuan, nasihat, dan dorongan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp. Kep.Mat. selaku Penguji yang telah berkenan untuk menguji saya dan memberikan pendapat yang penuh teliti dan kesabaran untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah saya.
6. Semua Dosen pengajar dan karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus untuk karya tulis ilmiah ini dan memungkinkan mereka untuk menerapkan pengetahuan yang mereka pelajari di kampus.

8. Kedua orang tua saya, bapak Muhaemin dan ibu Nurrohmah dengan segala cinta, kasih sayang, dan pengorbanannya, mendidik, mendorong, dan mendukung serta mewujudkan impian saya menjadi seorang perawat yang dapat bermanfaat dan membantu orang lain.
9. Adikku Hari Vino Al-Fahrezi dan keluarga besar sangat berterima kasih atas bantuan dan doa.
10. Teman masa kecil saya Yuni Anisa Fitri yang selalu memberi dukungan dan selalu membersamai disaat senang maupun sedih.
11. Teman-teman seangkatan 2021, saya ingin mengucapkan terima kasih atas doa, bantuan, dan kebersamaannya selama ini.

Penulis menyadari bahwa karena keterbatasan dan kemampuan penulis sendiri, karya ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, mereka berharap kritikan dan saran yang bermanfaat untuk membantu mereka menyusun karya ilmiah berikutnya. Karya ilmiah ini diharapkan bermanfaat, menurut penulis. Terima kasih.

*Wassalamualaikum Wr. Wb*

Semarang, 13 Mei 2024

Penulis,



Dina Ni'matul Aulia



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
MEI 2024**

**ABSTRAK**

**Dina Ni'matul Aulia**

Implementasi Pemberian Paket Dzikir Dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparotomi Kista Ovarium.

**Latar Belakang** : Kista Ovarium merupakan benjolan besar mengandung cairan bola yang berkembang di ovarium. Jika seseorang terdiagnosa kista ovarium maka orang tersebut akan susah untuk hamil. Penatalaksanaan medis salah satunya dengan tindakan pembedahan laparotomi. Salah satu jenis operasi yang menyebabkan nyeri yang paling parah setelah pembedahan adalah laparotomi. Pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage* merupakan tindakan nonfarmakologi dilakukan untuk mengurangi nyeri. **Tujuan** : untuk mengurangi nyeri setelah operasi. **Metode** : dalam penyusunan Karya Ilmiah ini yaitu studi kasus deskriptif. **Hasil** : berdasarkan hasil wawancara, observasi, dan tindakan langsung kepada pasien, menunjukkan dapat mengurangi nyeri pasca pembedahan. Hal ini disebabkan karena pasien telah dilakukan implementasi pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage* untuk mengurangi nyeri karena efektif menstabilkan gangguan perasaan dan dapat memberikan relaksasi fisik pada pasien dengan operasi bedah. **Kesimpulan** : implementasi pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage* dapat mengurangi nyeri pada post op laparotomi kista ovarium. Oleh karena itu, untuk penelitian lebih lanjut disarankan untuk menggunakan waktu yang lebih lama untuk pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage* untuk mengurangi nyeri pada post op laparotomi kista ovarium.

**Kata Kunci** : Kista ovarium, Pemberian Paket Dzikir dan *Foot And Hand Massage*



**NURSING DIPLOMA III STUDY PROGRAM  
FACULTY OF NURSING  
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY  
MAY 2024**

**ABSTRACT**

***Dina Ni'matul Aulia***

*Implementation of Providing Dhikr and Foot and Hand Massage Packages to Reduce Pain in Post-Op Laparotomy Ovarian Cyst Patients.*

**Background :** Ovarian cysts are large, spherical fluid-filled lumps that develop in the ovaries. If someone is diagnosed with an ovarian cyst, it will be difficult for that person to get pregnant. One of the medical treatments is laparotomy surgery. One kind of surgery that results in extremely intense post-operative pain is laparotomy. Providing dhikr packages and foot and hand massage are non-pharmacological measures carried out to reduce pain. **Aim :** to reduce pain after surgery. **Method :** in preparing this scientific paper, it is a descriptive case study. **Results :** based on interviews, observations and direct action with patients, it shows that it can reduce post-surgical pain. This is because the patient has implemented a dhikr package and foot and hand massage to reduce pain because it is effective in stabilizing emotional disturbances and can provide physical relaxation to patients undergoing surgical operations. **Conclusion :** implementation of dhikr packages and foot and hand massage can reduce pain in post-op laparotomy for ovarian cysts. Therefore, It is advised to do longer-term studies on the usage of Dhikr packages and foot and hand massage to lessen pain in post-operative laparotomy patients for ovarian cysts.

**Keywords :** Ovarian cysts, Providing Dhikr Packages and Foot and Hand Massage

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
<i>ABSTRACT</i> .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Penyakit.....	6
1. Konsep Dasar Kista Ovarium .....	6
2. Rencana Dasar Keperawatan .....	21
BAB III METODE PENELITIAN.....	30
A. Rancangan Studi Kasus .....	30
B. Subyek Studi Kasus .....	30
C. Fokus Studi .....	30
D. Definisi Operasional.....	30
E. Tempat dan Waktu.....	31
F. Pengumpulan Data.....	31
G. Penyajian Data.....	34
H. Etika Studi Kasus .....	35
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....	36

A.	Hasil Studi Kasus .....	36
1.	Pengkajian Keperawatan.....	36
2.	Analisa Data.....	47
3.	Diagnosa Keperawatan .....	48
4.	Rencana Tindakan/Intervensi .....	48
5.	Implementasi.....	50
6.	Evaluasi.....	55
B.	Pembahasan .....	58
1.	Pengkajian.....	58
2.	Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.....	59
C.	Keterbatasan .....	69
BAB V	PENUTUP.....	70
A.	Simpulan.....	70
1.	Pengkajian.....	70
2.	Diagnosa .....	70
3.	Intervensi .....	71
4.	Implementasi.....	71
5.	Evaluasi.....	71
B.	Saran.....	72
1.	Institusi Pendidikan.....	72
2.	Pihak Rumah Sakit.....	72
3.	Masyarakat/Klien.....	72
DAFTAR PUSTAKA	.....	73
LAMPIRAN		

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Hasil Laboratorium Klinik .....	45
Tabel 4.2 Hasil Laboratorium Klinik Lengkap .....	47



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Foot Massage</i> .....	15
Gambar 2.2 <i>Hand Massage</i> .....	17
Gambar 2.3 Pathway .....	20
Gambar 4.1 Genogram .....	38



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat persetujuan untuk pelaksanaan survei penelitian
- Lampiran 2 : Surat izin pengambilan kasus
- Lampiran 3 : Informed Consent
- Lampiran 4 : Lembar konsultasi bimbingan KTI
- Lampiran 5 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 6 : Laporan Asuhan Keperawatan



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Salah satu dari gangguan kesehatan reproduksi wanita adalah kista ovarium. Benjolan di ovarium besar berisi bola cairan yang berkembang di ovarium (Keswara, 2020). Karena peningkatan hormon estrogen, kista ovarium dapat mengganggu pembentukan sel telur, yang memengaruhi siklus haid. Dengan kata lain, saat ovulasi terjadi, tidak ada sel telur yang diproduksi. Karena itu, perempuan cenderung menjadi susah hamil (Puspita et al, 2017).

WHO (2019), angka kejadian kista ovarium di Nepal adalah sekitar 90,5%, sedangkan angka kejadian kista ovarium di Kathmandu, AS, adalah sekitar 25%, memperlihatkan angka mencapai 21.980 kasus pada tahun 2014. Pada tahun 2019 di Indonesia kista ovarium mencapai angka sebanyak 23.400 orang dan 13.900 orang penderitanya meninggal. Sekitar angka 7% dari jumlah seluruh perempuan dan sebanyak 85% bersifat jinak (Anon, 2023).

Sementara data dari laporan yang ditunjukkan pada 2015, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah berasal dari Puskesmas dan Rumah Sakit, kasus kista ovarium di Jawa Tengah adaah 2.299 kejadian (Widyarni, 2020). Berdasarkan hasil data pada bulan Januari – Maret 2017 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung menekankan bahwa penderita kista ovarium sebanyak 16 orang (Dewinta, 2020).



Penatalaksanaan medis pada pasien dengan kista ovarium, salah satunya melalui tindakan pembedahan laparotomi. Laparotomi adalah prosedur pembedahan pada lapisan dinding abdomen untuk mengambil organ yang mengalami kesulitan. Ini adalah salah satu jenis pembedahan yang menyebabkan nyeri yang sangat parah setelahnya (Anon, 2023). Numeric Rating Scale (NRS) dapat digunakan untuk mengukur nyeri dengan menggunakan angka 0-10 sebagai acuannya (Pinzon, 2016). Jenis intervensi keperawatan nonfarmakologis yang dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri setelah operasi laparotomi termasuk pemberian paket dzikir dan pijatan pada kaki dan tangan.

Terapi pemberian paket dzikir terapi nonfarmakologi bagi pasien untuk mengurangi nyeri post op laparotomi dengan aktivitas religius seperti berdzikir kepada Allah SWT. Agar seseorang merasa tenang dan hanya mengingat Allah SWT. Beberapa penelitian menegaskan terapi dzikir efektif menstabilkan gangguan perasaan pada pasien dengan operasi bedah. Pasien dengan operasi bedah akan mengalami nyeri sehingga mencari pertolongan kepada perawat. Dan perawat akan memenuhi kebutuhan pasien salah satunya dengan terapi nonfarmakologi berdzikir untuk mengurangi nyeri. Dengan mengingat Allah SWT, setelah otak dapat menghasilkan zat kimia neuropeptida melalui rangsangan eksternal. Zat neuropeptida adalah molekul pemberi sinyal paling beragam di otak yang terlibat dalam banyak fungsi fisiologis yang dapat mengurangi nyeri sehingga mempercepat proses penyembuhan (Budiyanto, and Susanti, 2015).

*Foot and hand massage* merupakan cara kedua terapi nonfarmakologis bagi pasien post op laparatomi. Beberapa penelitian menunjukkan terapi massage efektif dalam mengurangi nyeri, memberikan relaksasi fisik serta meningkatkan keefektifan selama pengobatan sehingga dapat memberikan kenyamanan bagi pasien. Terapi pijat foot and hand massage menjadi pilihan sederhana untuk pasien karena dapat dilakukan secara mandiri atau dibantu dengan bantuan keluarga. Dengan dilakukannya *foot and hand massage* selama 10 sampai 20 menit dapat menstimulasi mekanisme reseptor yang mengaktifkan serabut saraf dan mencegah transmisi rasa nyeri. Beberapa manfaat *foot and hand massage* yaitu membuat badan menjadi rileks, memperlancar aliran darah, dapat mengurangi rasa nyeri sehingga mempercepat proses pemulihan (Balkis, and Sukyati, 2023).

Berdasarkan hasil survei pada bulan Februari 2024 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis menerima satu orang penderita kista ovarium. Sehingga penulis tertarik untuk menulis tentang “Implementasi Pemberian Paket Dzikir Dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium”

## **B. Rumusan Masalah**

Kista ovarium adalah pertumbuhan jaringan dalam ovarium tidak normal yang mirip dengan kantong yang mengandung air di sekitar ovarium. Penatalaksanaan medis pada pasien dengan kista ovarium, salah satunya melalui tindakan pembedahan laparatomi. Laparatomi adalah prosedur pembedahan pada lapisan dinding abdomen untuk mengambil organ yang

bermasalah dan menyebabkan nyeri yang sangat parah setelahnya. Peran perawat pada pasien dengan indikasi kista ovarium yaitu memberikan implementasi perawatan kepada pasien dengan fokus pada penanganan nyeri. Sehingga diambil rumusan masalah “Bagaimanakah Implementasi Pemberian Paket Dzikir Dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium”?

### **C. Tujuan Studi Kasus**

#### **1. Tujuan Umum**

Karya tulis ilmiah biasanya bertujuan untuk mengetahui gambaran umum tentang Implementasi Pemberian Paket Dzikir dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium.

#### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari karya ilmiah adalah:

- a. Melaksanakan pengkajian terhadap Ny. S dengan post op laparatomi atas indikasi kista ovarium.
- b. Menegakkan prioritas masalah dan menentukan diagnosa keperawatan yang tepat terhadap Ny. S dengan post op laparatomi atas indikasi kista ovarium.
- c. Menentukan intervensi keperawatan yang tepat terhadap Ny. S dengan post op laparatomi atas indikasi kista ovarium.
- d. Melakukan implementasi keperawatan dengan Pemberian Paket Dzikir dan *Foot and Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Ny. S dengan post op laparatomi atas indikasi kista ovarium.

- e. Melakukan evaluasi keperawatan yang dilakukan terhadap Ny. S dengan post op laparatomi atas indikasi kista ovarium.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

##### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Semoga Karya ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan dan digunakan sebagai referensi ilmu pengetahuan, terutama mengenai Implementasi Pemberian Paket Dzikir Dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium.

##### **2. Bagi Institusi Kesehatan**

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memperluas pengetahuan dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan dalam memberikan Implementasi Pemberian Paket Dzikir Dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium.

##### **3. Bagi Masyarakat/Klien**

Dapat meningkatkan pengetahuan klien atau masyarakat tentang cara meningkatkan kenyamanan dan bagaimana cara mengatasi nyeri dengan Implementasi Pemberian Paket Dzikir Dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Konsep Dasar Kista Ovarium**

###### **a. Definisi**

Kista ovarium adalah pertumbuhan jaringan yang tidak normal berbentuk kantong berisi air di sekitar ovarium. Banyak perempuan yang terserang penyakit kista ovarium dan masih belum diketahui. Hal ini dikarenakan penyakit ini timbul tanpa tanda gejala, yang menyulitkan diagnosis. Kista ovarium didiagnosis pada sekitar 4% wanita berusia 65 tahun yang dirawat di rumah sakit, menurut salah satu penelitian. Studi lain menunjukkan bahwa kista ovarium terjadi pada sekitar 2,5% wanita yang telah melewati menopause. Wanita dalam usia reproduktif dapat mengalami kista ovarium karena berbagai alasan, mulai dari fisiologis hingga keganasan (Suryoadji et al, 2022).

Kista ovarium adalah tumor jinak yang dapat menyebabkan benjolan yang tidak biasa di bagian bawah perut dan menghasilkan cairan yang terdiri dari nanah, cairan kental, dan udara. Pasien yang sehat dan muda dapat menggunakan kontrasepsi oral untuk mencegah aktivitas ovarium dan menghilangkan kista jika ukurannya kurang dari 5 cm dan mengandung cairan. Dalam dasarnya penanganan kistoma pada pasien dengan diagnosa kista ovarium yang bersifat neoplastic memerlukan tindakan operasi pembedahan (laparatomi). Sedangkan, kista ovarium

yang bersifat nonneoplastic tidak membutuhkan tindakan operasi. (Ii 2017)

Dalam (Zafira, 2020) Kista ovarium adalah kantong di dalam ovarium yang mengandung cairan atau zat semi-solid. Salah satu jenis massa ovarium yang dapat menyebabkan gangguan dan masalah kehamilan adalah kista ovarium. Rangsang hormonal memengaruhi jaringan ini dari masa pubertas hingga menopause. Itu sebabnya banyaknya massa kista di ovarium.

b. Etiologi

Menurut (Keswara, 2020) penyebab kista ovarium masih belum diketahui secara pasti dikarenakan penyakit ini timbul tanpa tanda gejala. Walaupun seseorang telah menjalani pembedahan laparotomi, ada kemungkinan bahwa kista ovarium akan kembali. Berikut adalah beberapa alasan mengapa ini dapat terjadi:

1. Faktor Internal

a. Disfungsi Hipotalamus-Hipofisis

*Folicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) berfungsi untuk memecahkan sel telur setelah ovulasi. Ketika ovum tidak dibuahi, sel telur dominan akan membentuk kista, memicu perkembangan sel telur imatur.

b. Faktor Genetik

Gen prontoskogen di dalam tubuh manusia dapat menyebabkan tumor atau kanker. Jika sering mengonsumsi



makanan yang tidak sehat, terkena radiasi dan terpapar polusi dapat mempengaruhi gen protoonkogen.

c. Riwayat Kanker Kolon

Orang-orang dengan riwayat kanker kolon lebih rentan terkena kista karena kanker dapat menyebar ke semua bagian alat reproduksi.

2. Faktor Eksternal

a. Mengonsumsi Makanan Yang Tinggi Lemak

Konsumsi makanan yang berlemak dapat menyumbat aliran darah. Peningkatan lemak dalam tubuh yang berlebihan ini dianggap dapat mempengaruhi kemunculan kanker jika tidak diimbangi dengan olahraga. Jadi Indeks Massa Tubuh itu penting untuk mengontrol apakah kita mengalami kelebihan berat badan atau tidak (Fatimah et al. 2023).

b. Jarang Berolahraga

Jika tidak berolahraga secara teratur, lemak tubuh akan menumpuk dan dapat menyebabkan aliran darah menjadi tidak lancar, serta dapat memicu pertumbuhan kanker.

c. Merokok dan Mengonsumsi Minuman Alkohol

Merokok dan mengonsumsi minuman beralkoho merupakan pola hidup yang tidak sehat. Faktor ini dapat berkontribusi pada penyebab beberapa masalah kesehatan seperti kanker dan gangguan reproduksi (Keswara, 2020).



d. Sosial-Ekonomi Rendah

Kehidupan sosial-ekonomi rendah ataupun tinggi jika tidak melakukan penjaagaan pola hidup sehat dapat menyebabkan terjadinya penyakit kista.

c. Tanda Dan Gejala

Menurut (Puspita et al. 2021), beberapa wanita jika ada kista ovarium, mereka biasanya tidak menunjukkan gejala atau tanda apa pun. Namun, pecahnya dinding kista atau penekanan pada organ dapat terjadi dapat menyebabkan gejala seperti nyeri hebat saat menstruasi yang ada disekitarnya. Pada awalnya, mereka hanya mengalami nyeri biasa di perut. Namun, benjolan mulai membesar dan teraba secara bertahap, menyebabkan nyeri menjalar ke belakang dan mengganggu aktivitas mereka. Berikut merupakan tanda gejala yang terjadi pada penderita kista ovarium:

- 1) Menstruasi yang tidak teratur
- 2) Rasa sakit pada panggul yang terus-menerus atau terkadang kambuh menyebar ke panggul bawah dan paha
- 3) Mengeluh rasa penuh dan kembung pada perut
- 4) Rasa ingin muntah
- 5) Susah buang air kecil
- 6) Nyeri senggama.

#### d. Patofisiologi

Menurut (Puspita et al, 2017) Kista ovarium terjadi ketika proses ovulasi gagal, yang menyebabkan cairan intrafolikel tidak diabsorpsi kembali. Ovarium setiap harinya akan memproduksi folikel, kemudian begitu setelah oosit yang matang dilepas, telur yang matang akan membuahi, dan folikel akan membentuk korpus luteum yang mengecil dan akhirnya hilang dua hingga tiga minggu, dan akan berulang sepanjang siklus menstruasi wanita. Dengan demikian, Kista ovarium dapat terbentuk jika fungsi ovarium tidak normal.

#### e. Penatalaksanaan

Ada dua cara untuk mengobati kista ovarium:

##### 1) Terapi Hormonal

Menurut (Ii, 2015), karena pil KB mengandung gabungan estrogen dan progesteron bersama dengan obat anti androgen progesteron cyproteron asetat, pengobatan ini dapat membantu mengurangi ukuran kista yang sangat besar. Jika mengalami kemandulan dan tidak terjadi ovulasi bisa dilakukan pengobatan fisik pada ovarium, seperti menggunakan sinar laser untuk diatermi. Atau juga bisa diberikan obat klomiphen sitrat.

##### 2) Terapi Pembedahan atau Operasi

Jika kista cukup besar dan menimbulkan gejala atau jika ada kecurigaan keganasan, pembedahan dapat dilakukan. Hanya dilakukan pada cystectomy pengangkatan kista tanpa mengangkat ovarium secara

keseluruhan. Namun, jika terjadi luka yang lebih besar, metode oophorectomy mengangkat seluruh ovarium karena kista yang lebih besar memiliki ukuran yang lebih besar. Namun jika kista sudah berukuran besar, pengangkatan dengan *cystectomy* dan *oophorectomy* tidak disarankan karena akan membuat instrumen terlalu berat dan mengganggu mobilitasnya saat diangkat. Akibatnya, kista yang sangat besar tersebut dapat diangkat secara laparotomi. Prosedur tindakan pembedahan dengan laparotomi ini menggunakan bius total (Suryoadji et al. 2022).

Salah satu jenis operasi yang menyebabkan nyeri yang paling parah adalah laparotomi. Dalam pengkajian nyeri mencakup hal-hal berikut:

1. *Paliative* (P) = Apa penyebab semakin beratnya nyeri yang dialami klien.
2. *Quality* (Q) = Kualitas nyeri yang ditimbulkan oleh klien (misalnya, seperti panas, terbakar, tertusuk, berdenyut).
3. *Region* (R) = Tempat atau lokasi nyeri yang dirasakan klien.
4. *Severity* (S) = Mengukur tingkat nyeri klien. Biasanya digunakan Numeric Rating Scale (NRS), di mana 0 menunjukkan tidak ada rasa sakit, 1-4 menunjukkan rasa sakit ringan, 6-7 menunjukkan rasa sakit sedang, dan 8-10 menunjukkan rasa sakit berat.

5. *Time* (T) = Kapan nyeri tersebut muncul (misalnya, hilang-timbul, atau terus-menerus). Berapa lama munculnya? Pada saat apa nyeri itu muncul misalnya, saat akan bergerak (Pinzon, 2016).

Dalam pemberian asuhan keperawatan untuk mengurangi rasa nyeri, peran perawat sangat penting. Ada dua metode untuk mengalihkan perhatian klien sehingga klien lupa terhadap nyeri yang dialaminya. Yang pertama yaitu terapi farmakologis dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri dan yang kedua nonfarmakologis yaitu terapi distraksi. Berikut penulis akan membahas terapi nonfarmakologis yang memfokuskan pada pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage*.

Pemberian paket dzikir merupakan aktivitas yang dapat menenangkan pikiran, bisa mendekatkan dan mengingat Allah SWT melalui kegiatan keagamaan. Misalnya seperti berdzikir. Berdzikir merupakan salah satu pilihan alternatif yang dijadikan sebagai terapi relaksasi bagi pasien. Beberapa penelitian mengatakan, dengan berdzikir dapat mengaktifkan kerja sistem saraf parasimpatis yang berfungsi dengan baik dengan mengurangi detak jantung dan melemaskan otot-otot tubuh. Dan dapat menekan sistem saraf simpatik yang bekerja dengan meningkatkan detak jantung dan mengendurkan otot untuk mempercepat respons stres. Bacaan dzikir seperti Astagfirullah, Subhanallah, Allahuakbar, Alhamdulillah, ini dapat dilaksanakan kurang lebih 10 menit. Apabila merasakan nyeri dapat diulang kembali. Observasi respon nyeri klien, apakah nyeri berkurang atau tidak. Penurunan sistem saraf

dapat mengubah stimulus mekanik menjadi impuls yang dapat dikirim ke sistem saraf pusat, yang menyebabkan nyeri. Stimulus mekanik digambarkan dengan berdzikir karena sebagai bentuk asuhan keperawatan yang dipilih dan terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri. Efeknya, jika klien melaksanakan dzikir maka pembuluh darah ke otak akan membuat kadar CO<sub>2</sub> dengan turun secara teratur, tubuh akan menunjukkan perasaan nyaman dan rileks (Jannah et al, 2021).

Teknik kedua mengurangi nyeri yaitu *foot massage*, teknik nonfarmakologi ini dipilih karena saraf kaki berhubungan dengan saraf tubuh lainnya. Lima teknik yang digunakan dalam pijatan kaki: *petrissage* (memijit), *effleurage* (mengusap), tarik (menekan), getaran, dan *tapotement* (menepuk). Beberapa penelitian mengatakan pijat kaki selama 20 menit mulai dari hari kedua setelah operasi bisa meredakan nyeri. Karena saraf nyeri terdapat dibawah permukaan kulit dan jaringan padat kaki. Pijatan kaki dapat mengurangi rasa sakit dan menghentikan dorongan nyeri menyebar. *Gate Control Theory* menjelaskan apabila Impuls nyeri dikirim ketika pertahanan dibuka, dan apabila pertahanan ditutup, impuls tersebut dihambat. Pijatan kaki dengan gerakan penekanan diarea tertentu dapat merangsang produksi hormon endorphin dan meningkatkan sirkulasi darah tubuh untuk merelaksasi tubuh. Mira Andika et al melakukan penelitian pada pasien yang telah menjalani bedah abdomen, ditemukan bahwa pijat kaki dapat membantu mengurangi

tingkat nyeri yang dialami pasien (Setyowati, Indrati, and Sulistyowati, 2023). Berikut merupakan tatacara *foot massage*:

1. Perawat memegang jari kaki pasien dengan Menopang tumitnya dengan tangan kanan dan kiri selama lima belas detik. Kemudian, perawat memutar tiga kali pada pergelangan kaki pasien searah jarum jam dan tiga kali ke arah berlawanan jarum jam.
2. Tahan kaki dengan gerakan maju dan mundur sebanyak tiga kali selama lima belas detik dengan ujung jari mengarah keluar.
3. Tahan seluruh telapak kaki bersama dengan empat jari di punggung bagian belahan, kemudian gerakkan kaki ke belakang tiga kali selama lima belas detik.
4. Pijat tiga kali dengan masing-masing jari kaki kanan di kedua arah.
5. Menopang pergelangan kaki dan tumit dengan tangan kiri selama 15 detik dengan memegang kaki kanan pada punggung jari-jari kaki.
6. Beri tekanan lembut dengan tangan kanan dari punggung hingga jari-jari kaki selama lima belas detik. Ulangi gerakan ini selama lima belas hingga tiga puluh menit.





**Gambar 2.1 Foot Massage**

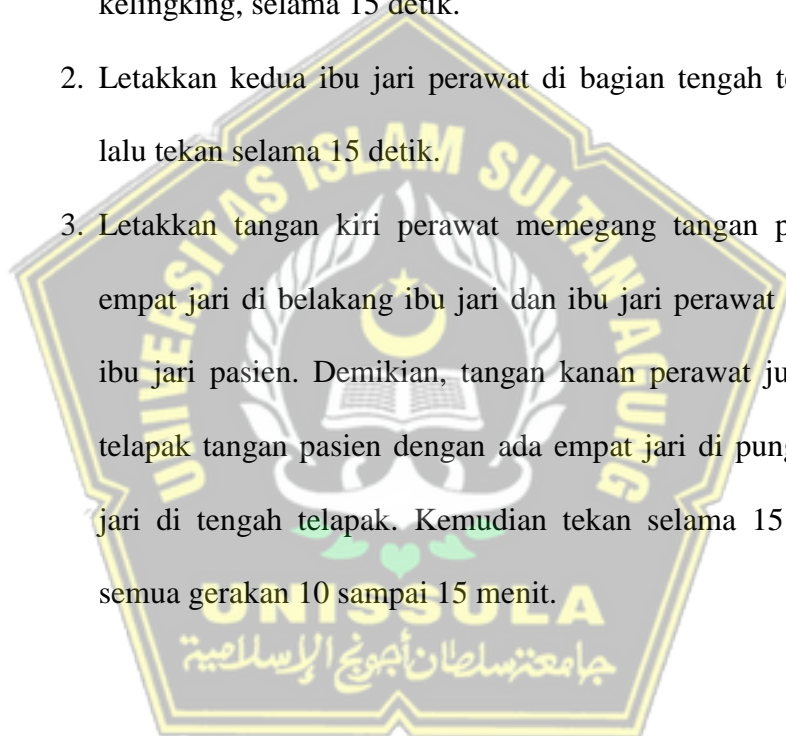
*Sumber: (Euisfauziah, 2020)*

Teknik nonfarmakologi yang ketiga yaitu *hand massage*. Teknik pijat tangan yang sering teknik yang digunakan *effleurage* (mengusap) dan teknik *patrissage* (menekan) dikarenakan lebih mudah untuk dilakukan. Pada tahun 2013, Andarmoyo menyatakan bahwa melakukan pijatan tangan dianggap sebagai "menutup gerbang" karena memiliki kemampuan untuk menghentikan penyebaran nyeri ke pusat tubuh yang lebih tinggi, pada sistem saraf pusat sehingga efek pijatan dapat mengendalikan rasa nyeri. Teknik pijat tangan ini dapat dilakukan selama sepuluh menit, lima menit untuk setiap tangan, sehari satu kali di lakukan. Penurunan skala nyeri dengan pijat tangan memiliki digunakan untuk



mengurangi nyeri dengan memberikan sensasi pijat dan meningkatkan hormon endorphin, dopamin, dan serotonin. Aktivitas saraf simpatis menurun dan tubuh pasien terasa rileks sebagai hasil dari peningkatan hormon (Anon, 2020). Berikut merupakan tatacara *hand massage*:

1. Buka telapak tangan, tekan dengan ibu jari di bagian bawah jari tengah dan di bagian telapak tangan antara jari manis dan kelingking, selama 15 detik.
2. Letakkan kedua ibu jari perawat di bagian tengah telapak tangan, lalu tekan selama 15 detik.
3. Letakkan tangan kiri perawat memegang tangan pasien, dengan empat jari di belakang ibu jari dan ibu jari perawat sejajar dengan ibu jari pasien. Demikian, tangan kanan perawat juga memegang telapak tangan pasien dengan ada empat jari di punggung dan ibu jari di tengah telapak. Kemudian tekan selama 15 detik. Ulangi semua gerakan 10 sampai 15 menit.





1

2



3

**Gambar 2.2 Hand Massage**

*Sumber: (Euisfauziah, 2020)*

f. Komplikasi

Menurut (Ii, 2015) komplikasi yang mungkin timbul yaitu:

- 1) Perdarahan di kista biasanya terjadi secara teratur, yang dapat menyebabkan kista menjadi lebih besar dan menyebabkan anemia atau kondisi darah rendah.
- 2) Tumor bertangkai dengan diameter lebih dari 5 cm. Nekrosis terjadi karena gangguan dalam sirkulasi akibat rotasi tangkai,
- 3) Penekanan tumor fibroid dapat menyebabkan konstipasi,

4) Torsi tangkai dapat menyebabkan robek dinding kista, yang dapat terjadi karena trauma, seperti pukulan perut.

5) Infeksi dan perubahan keganasan (nyeri, bengkak, merah dan panas)

g. Pemeriksaan Diagnostik

Disebabkan sifat asimtomatis kista ovarium, pasien biasanya menemukannya secara tidak sengaja selama pemeriksaan rutin ginekologi atau tidak memiliki gejala klinis terutama saat ukurannya kecil. Melakukan anamnesis dan observasi pada kista ovarium seperti keluhan, tanda-tanda fisik, riwayat keluarga, riwayat menstruasi seperti apakah adanya rasa sakit saat haid serta lama siklus menstruasi. Riwayat operasi, pemakaian kontrasepsi, riwayat obsterik masa lalu menjadi faktor risiko amat penting untuk di observasi. Jika ada kecurigaan kista ovarium atau massa yang ditemukan, Anda harus menjalani pemeriksaan fisik lebih lanjut. Misalnya pengecekan tanda-tanda vital dan pemeriksaan pada abdomen. Pada saat pemeriksaan abdomen maka kaji letak, bentuk, ukuran, mengkaji adanya nyeri (Suryoadji et al, 2022)

Berikut merupakan pemeriksaan lain yang dapat dilakukan:

1) USG

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) transvaginal menjadi pilihan awal. Akan tetapi, jika USG transvaginal tidak bisa dilakukan maka pilihan alternatifnya dengan USG transabdominal.

## 2) CT-Scan

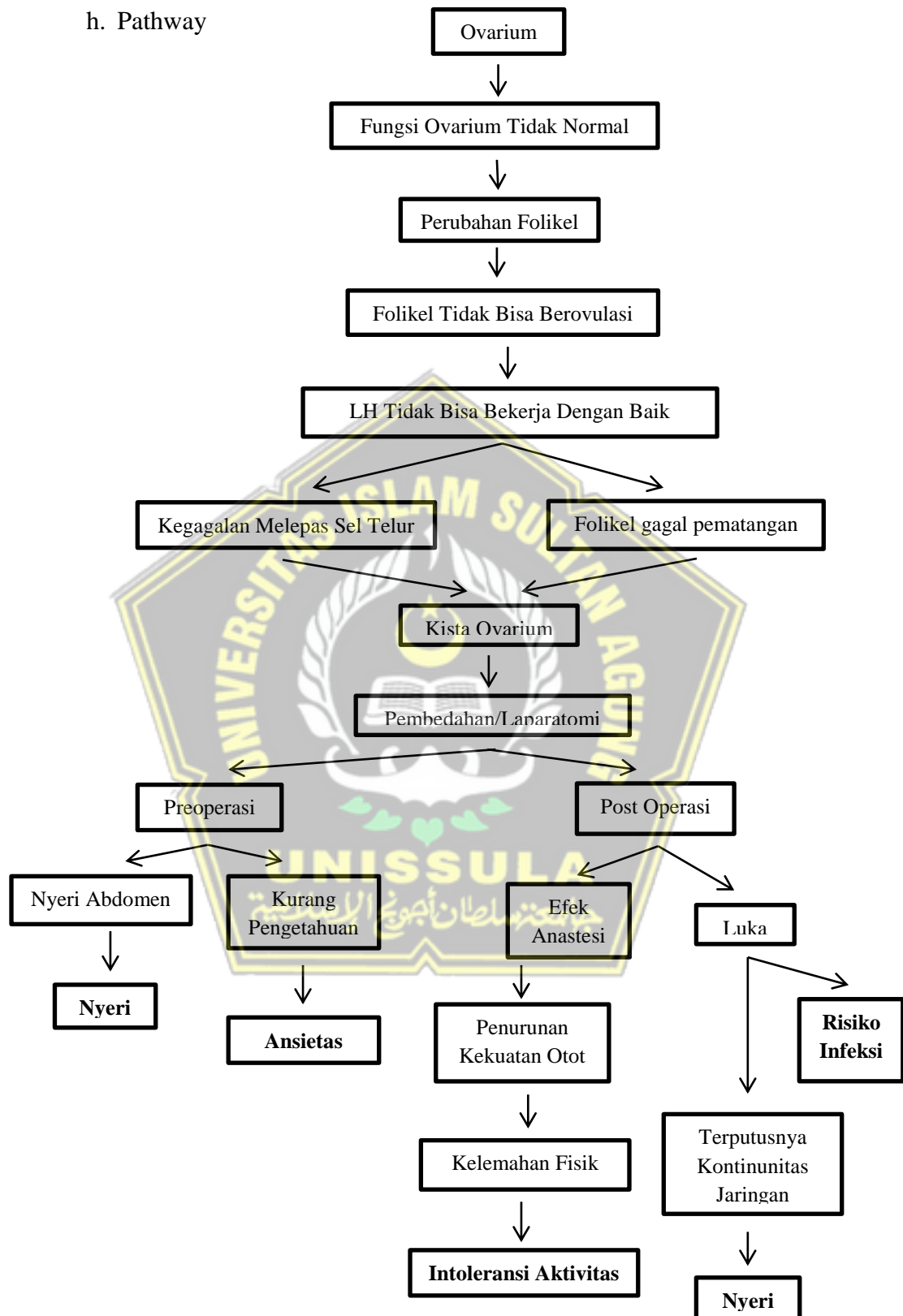
Jika setelah USG ditemukan adanya keganasan maka selanjutnya melakukan pemeriksaan dengan CT-scan untuk memeriksa adanya metastasis, tumor lain ataupun asites di organ primer yang lain.

## 3) MRI

Pemeriksaan MRI dilakukan untuk melihat keadaan atau kondisi yang tepat untuk menentukan diagnosa (Suryoadji et al, 2022)



## h. Pathway



Gambar 2.3 Pathway

Sumber: SDKI EDISI 1 Cetakan III(Revisi)2017

## 2. Rencana Dasar Keperawatan

### a. Analisis Data

#### 1) Anamnesis

##### a) Identitas Klien

Terdapat Nama Klien, Usia Klien, Jenis Kelamin, Tempat Tinggal, Agama, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan Klien, Status Perkawinan, Nomor Rekam Medis, Tanggal Mulai di rawat di RS dan Diagnosa Medis.

##### b) Penanggung Jawab Klien

Terdapat Penanggung Jawab Klien, Usia Penanggung Jawab, Jenis Kelamin Penanggung Jawab, Tempat Tinggal Penanggung Jawab, Pekerjaan Penanggung Jawab, Status Hubungan Dengan Klien.

##### c) Keluhan Utama

Terdapat Keluhan yang dirasakan klien, Latar belakang datang ke RS, Keadaan penyebab penyakit, Durasi keluhan, Timbulnya keluhan, Tindakan yang sudah dilakukan untuk mengurangi rasa sakit.

##### d) Riwayat Kesehatan Lalu

Meliputi Pernah mengalami sakit apa, Kecelakaan, Sudah di rawat sebelumnya, Imunisasi, Alergi.

## e) Riwayat Keluarga

Berisi Genogram keluarga 3 generasi, Riwayat kesehatan keluarga.

## f) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Meliputi Kebersihan lingkungan di sekitar rumah, Kemungkinan apakah adanya bahaya.

## g) Pola Kesehatan Fungsional

Pola istirahat dan tidur, Pola nutrisi metabolik, Pola kognitif-persepsual sensori, Pola seksual reproduksi.

## 2) Pemeriksaan Fisik

## a) Status Kesehatan

Meliputi gambaran umum penampilan pasien, TTV, GCS, TB, dan BB.

## b) Kepala dan Leher

Inpeksi bagaimana bentukan kepala, rambut, inpeksi adanya pembengkakan kelenjar tiroid, observasi adanya gangguan telinga, observasi jika adanya gangguan menelan, observasi jika adanya pembengkakan dan nyeri tekan pada gusi, observasi jika adanya penglihatan kabur, sklera ikterik atau tidak.

## c) Sistem Pernafasan

Kaji jika ada tanda nafas sesak, spuntum, batuk, ataupun nyeri dada.



d) Sistem Kardiovaskuler

Observasi apakah ada penurunan perfusi jaringan, penurunan atau kelemahan nadi perifer, takikardi atau bradikardi, tekanan darah tinggi, anemia.

e) Sistem Gastrointestinal

Lihat tanda-tanda seperti polidipsi, mual dan muntah, diare, kesulitan membuang air besar, perubahan berat badan, dehidrasi, lingkaran perut yang lebih besar, atau obesitas.

f) Sistem Perkemihan

Kaji jika adanya poliuria, retensi urine, inkontensia urine, rasa nyeri saat berkemih.

g) Sistem Integumen

Observasi adanya turgor kulit melemah, terdapat cedera, kehitaman akibat luka, tekstur kulit, kelembaban.

h) Sistem Muskulokeletal

Mengkaji persebaran lemak, persebaran massa otot, berkurang atau bertambahnya tinggi badan, kelelahan, dan rasa sakit.

(Anon, 2019)

b. Diagnosa Keperawatan

Perawat harus membuat diagnosis keperawatan sebelum merencanakan intervensi atau asuhan keperawatan untuk klien yang dikelola. Asuhan keperawatan dibutuhkan demi mengangkat diagnosa keperawatan, yang didasarkan pada diagnosa medis tentang kondisi

penyakit tersebut. Diagnosa keperawatan adalah penilaian perawat yang didasarkan pada bagaimana klien menangani penyakitnya (Koerniawan et al, 2020).

Diagnosa keperawatan awal yang dapat diberikan kepada pasien setelah operasi laparatomi dengan indikasi kista ovarium diantaranya Pasien tampak meringis dan gelisah, yang menunjukkan nyeri akut yang berhubungan dengan pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI, 2017).

Diagnosis keperawatan tambahan yang mungkin diberikan kepada pasien setelah operasi laparatomi dengan indikasi kista ovarium adalah pasien terlihat lemah dan wajah lesu, menunjukkan intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan. Selanjutnya, diagnosis ketiga yang mungkin diberikan kepada pasien dengan Post Op Laparatomi dengan indikasi kista ovarium yaitu Risiko infeksi berhubungan dengan Prosedur invasi (Yuwono, 2013)

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan diagnosa keperawatan dan analisis data menentukan evaluasi asuhan keperawatan pasien dan rencana tindakan. Evaluasi dan rencana tindakan asuhan keperawatan yang didasarkan pada diagnosa dan data keperawatan (Di et al, 2023).

1) Diagnosa: Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik (prosedur invasi) (D.0077)

Tujuan: Tingkat nyeri akan menurun setelah intervensi keperawatan.

Kriteria Hasil: (L.08066) penurunan nyeri, meringis, gelisah, dan frekuensi nadi.

Intervensi: Manajemen Nyeri (I.08238)

**Observasi:**

- 1) Tentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri;
- 2) Tentukan respons nyeri non-verbal;
- 3) Tentukan faktor yang memperburuk dan memperburuk nyeri;
- 4) Tentukan faktor yang memengaruhi nyeri;
- 5) Tentukan pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri;
- 6) Tentukan dampak budaya terhadap respon nyeri; dan
- 7) Mencatat keberhasilan terapi kompleks

**Terapeutik :**

- 1) Memberikan metode pengurangan nyeri yang tidak melibatkan farmakologis (mis: pemberian paket dzikir (Jannah et al, 2021) dan *foot and hand massage* (Setyowati et al, 2023) (Anon, 2020))
- 2) Menjaga lingkungan yang meningkatkan nyeri (seperti pencahayaan, suhu, dan kebisingan)
- 3) Berikan fasilitas istirahat dan tidur
- 4) Mempertimbangkan jenis nyeri dan sumbernya saat memilih metode meredakan nyeri.

**Edukasi:**

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan metode untuk meredakan nyeri
- 3) Sarankan untuk monitor nyeri secara mandiri
- 4) Sarankan penggunaan analgesik dengan tepat
- 5) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

**Kolaborasi:**

- 1) Kolaborasi dalam pemberian analgesik, jika perlu
- 2) Diagnosa: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)

Tujuan: Toleransi aktivitas meningkat setelah intervensi keperawatan.

Kriteria Hasil (L.05047) adalah penurunan tingkat kelelahan, penurunan jumlah napas saat beraktivitas, penurunan jumlah napas setelah beraktivitas, dan peningkatan frekuensi nadi.

Intervensi: Manajemen Energi (I.05178)

**Observasi:**

- 1) Menemukan gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan;
- 2) Mencatat kelelahan fisik dan emosional;
- 3) Mencatat pola tidur dan jam tidur;
- 4) Mencatat tempat dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas

**Terapeutik :**

- 1) Buat lingkungan yang nyaman dan tidak terpengaruh (seperti cahaya, suara, kunjungan)

- 2) Lakukan latihan gerak pasif dan/atau aktif
- 3) Lakukan aktivitas yang menenangkan
- 4) Bantu orang yang tidak dapat berpindah atau berjalan duduk di sisi tempat tidur.

**Edukasi:**

- 1) Sarankan tirah baring
- 2) Sarankan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Sarankan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan metode koping untuk mengurangi kelelahan

**Kolaborasi:**

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
- 3) Diagnosa: Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Tujuan: Tingkat infeksi akan menurun setelah intervensi keperawatan.

Kriteria Hasil: (L.14137) menurunkan demam, kemerahan, nyeri, bengkak, dan kadar sel darah putih

Intervensi : Pencegahan Infeksi ( I. 14539)

**Observasi:**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik:**

- 1) Batasi jumlah pengunjung

- 2) Memberikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Menjaga teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi:

- 1) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Mengajarkan etika batuk
- 4) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Mengajarkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

#### d. Implementasi Keperawatan

Ketika perawat membantu pasien mereka dengan masalah kesehatan mereka, mereka melakukan perawatan implementasi. Perawatan implementasi adalah intervensi yang ditetapkan untuk memberi asuhan keperawatan guna melakukan pengawasan dan pencatatan respon pasien saat pemberian asuhan keperawatan. Kesehatan yang baik dapat berkontribusi pada kriteria hasil yang diharapkan (Siregar, Keperawatan, and Implementasi, 2020).

e. Evaluasi Keperawatan

Melakukan evaluasi keperawatan adalah cara untuk mengetahui seberapa efektif rencana dan implementasi tindakan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir untuk mengevaluasi apakah masalah pasien telah diselesaikan dengan asuhan keperawatan. Jika ingin melihat intervensi telah mencapai tujuan atau tidak yaitu dengan cara melihat respon pasien terhadap perawatan yang mereka terima untuk membantu perawat membuat keputusan (Evaluasi, 2019).





## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Studi Kasus**

Rancangan studi kasus yang disebut studi kasus deskriptif adalah yang digunakan dalam karya ilmiah ini. Penulis mengelola masalah kista ovarium pada pasien post operasi dengan menerapkan Implementasi Pemberian Paket Dzikir dan *Foot and Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Penulis menggunakan subjek kasus untuk menerapkan pada pasien dewasa dengan identitas Ny.S usia 57 tahun dan berjenis kelamin perempuan yang mengalami post op laparatomi kista ovarium.

#### **C. Fokus Studi**

Penulis menggunakan fokus penelitian ini adalah “Implementasi Pemberian Paket Dzikir dan *Foot and Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium”.

#### **D. Definisi Operasional**

1. Nyeri post op laparatomi ialah nyeri akut yang berlangsung dalam waktu singkat, karena ada bekas luka pembedahan yang menyebabkan nyeri. Nyeri ini ditemukan dari tingkat nyeri sedang sampai berat (Silpia, Nurhayati, and Febriawati, 2021).
2. Manajemen nyeri adalah salah satu terapi umum untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat meningkatkan mobilitas dini dan mengurangi kemungkinan komplikasi (Silpia et al, 2021).

3. Pemberian paket dzikir adalah terapi nonfarmakologis bagi pasien untuk mengurangi nyeri post op laparatomi dengan aktivitas religius seperti berdzikir kepada Allah SWT. Agar seseorang merasa tenang dan hanya mengingat Allah SWT (Jannah et al, 2021)
4. *Foot and hand massage* merupakan cara kedua terapi nonfarmakologis bagi pasien post op laparatomi. *Foot massage* adalah pilihan alternatif untuk mengurangi nyeri, dikarenakan saraf yang menghubungkan organ tubuh ke area kaki (Setyowati et al, 2023). Menurut (Anon, 2020), pijat tangan atau *hand massage* dianggap dapat menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada sistem syaraf pusat.

#### **E. Tempat dan Waktu**

Penulis dalam menerapkan studi kasus, mengaplikasikan tindakan keperawatan mandiri di Ruang Baitunnisa 2 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 08 – 10 Februari 2024.

#### **F. Pengumpulan Data**

Data yang dikumpulkan oleh penulis saat menyusun karya ilmiah, yaitu sebagai berikut:

1. Prosedur Administratif
  - a. Menyusun surat permohonan untuk mendapatkan izin untuk melakukan studi kasus dari Fakultas Ilmu Keperawatan Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang sebagai bagian dari diklat.
  - b. Setelah menerima persetujuan dari departemen diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis pergi ke ruang Baitunnisa 2 di

Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang untuk mengajukan studi kasus, yang akan dilakukan oleh penulis selama tiga hari.

- c. Setelah mendapatkan ijin dari pihak penanggung jawab ruang Baitunnisa 2 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, Penulis memilih pasien berdasarkan karakteristik responden, yaitu pasien dewasa Ny.S usia 57 tahun dengan post op laparatomi kista ovarium.

## 2. Prosedur Teknis

### a. Tahap persiapan

Sebelum memulai studi kasus, penulis memastikan bahwa semua alat sudah siap dan bahwa intervensi yang akan digunakan dalam pengambilan data sudah lengkap.

### b. Tahap pelaksanaan

- 1) Penulis terlebih dahulu menjelaskan tujuan studi kasus dan meminta izin kepada pasien dan keluarga untuk menjadikan pasien sebagai subyek studi kasus / responden. Penulis menerapkan asuhan keperawatan kepada responden selama 3 hari. Pasien dan keluarga berhak menyetujui atau menolak untuk dijadikan responden dengan mengisi lembar yang telah disiapkan oleh penulis yaitu *informed consent*.
- 2) Apabila etelah pasien dan keluarga menyetujui untuk berpartisipasi sebagai responden, penulis dapat memulai proses pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi langsung terhadap pasien, keluarga.

- 3) Setelah itu penulis melakukan kontrak waktu, tempat, dan persetujuan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada responden.
- 4) Penulis mengecek intensitas nyeri yang dirasakan pasien sebelum diberikan implementasi pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage*.
- 5) Melakukan implementasi kepada responden sesuai dengan prosedur pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage* untuk mengurangi nyeri pada pasien post op laparotomi kista ovarium.
  - a) Tahap Pra Interaksi
    - (1) Memeriksa program terapi dan mencuci tangan
    - (2) Mengidentifikasi pasien dengan benar.
    - (3) Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
  - b) Tahap Orientasi
    - (1) Mengucapkan salam, menyapa pasien, memperkenalkan diri.
    - (2) Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
    - (3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
    - (4) Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama dengan pasien/ keluarga.
  - c) Tahap Kerja
    - (1) Menjaga privasi.
    - (2) Ajak pasien membaca basmallah.
    - (3) Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai kondisi pasien.

- (4) Menanyakan intensitas skala nyeri pasien dari 0-10
- (5) Memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan implementasi pemberian paket dzikir dan foot and hand massage.
- (6) Mengobservasi respon pasien terhadap pemberian terapi nonfarmakologis terhadap nyeri tersebut.

d) Tahap Terminasi

- (1) Melakukan evaluasi dan menyampaikan hasil penelitian yang dilakukan.
- (2) Menyampaikan rencana tindak lanjut.
- (3) Menjaga kebersihan pasien dan lingkungan.
- (4) Mengajak pasien membaca Hamdalah.
- (5) Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
- (6) Membereskan dan merapikan alat.
- (7) Mencuci tangan.
- (8) Mencatat di lembar catatan keperawatan.
- (9) Melakukan pemberian paket dzikir dan foot and hand massage selama dua hari.

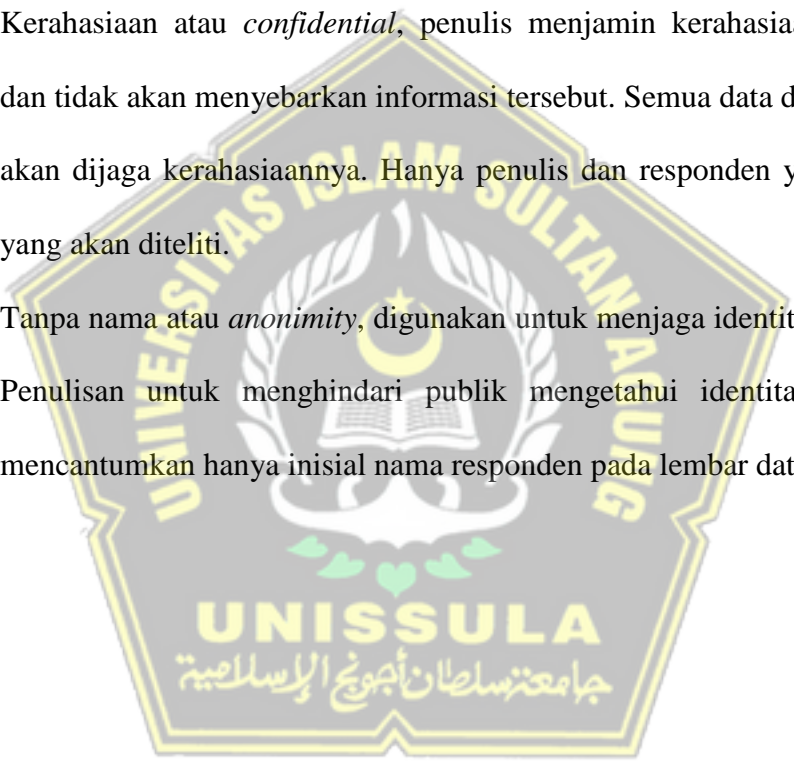
### G. Penyajian Data

Data yang digunakan untuk studi kasus ini didasarkan pada narasi dan ungkapan verbal subjek. Peneliti menggunakan observasi dan studi

dokumentasi untuk membandingkan data kista ovarium dengan teori saat ini untuk memberikan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

#### H. Etika Studi Kasus

1. Lembar persetujuan atau *informed consent*, digunakan sebagai bukti bahwa responden menyetujui *informed consent* sebelum dilakukannya implementasi.
2. Kerahasiaan atau *confidential*, penulis menjamin kerahasiaan responden dan tidak akan menyebarkan informasi tersebut. Semua data dari responden akan dijaga kerahasiaannya. Hanya penulis dan responden yang tahu apa yang akan diteliti.
3. Tanpa nama atau *anonimity*, digunakan untuk menjaga identitas responden. Penulisan untuk menghindari publik mengetahui identitas responden, mencantumkan hanya inisial nama responden pada lembar data.



## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Studi Kasus

##### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan ini dilakukan pada Hari Kamis, 08 Februari 2024 Pukul 09.00 WIB. Penulis melakukan implementasi keperawatan Post Operasi Kista Ovarium pada Ny.S di ruang Baitunnisa 2, di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Didapatkan data pengkajian kasus sebagai berikut:

##### 1. Identitas

##### a. Identitas Klien

Klien bernama Ny.S dengan berusia 57 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan petani, beragama islam, alamat rumah di Ds. Sonokulon Rt.01/Rw.01 Todanan Blora. Identitas penanggung jawab bernama Ny. R, berumur 50 Tahun, jenis kelamin perempuan, alamat rumah di Ds. Sonokulon Rt.01/Rw.01 Todanan Blora, pekerjaan petani, hubungan dengan pasien sebagai adik pasien.

##### b. Keluhan Utama

Klien mengatakan habis operasi kista ovarium, dan bekas pembedahan operasinya menimbulkan nyeri.



c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan kurang lebih 2 tahun terakhir mengalami perut membesar dan menganggap bahwa itu adalah obesitas biasa, setelah mengalami nyeri klien dibawa periksa ke RS Suwondo. Setelah melalui pemeriksaan rontgen di diagnosa kista ovarium, dan dokter menyarankan untuk dirujuk ke RSI Sultan Agung Semarang.

d. Riwayat Obstetric Masa Lalu

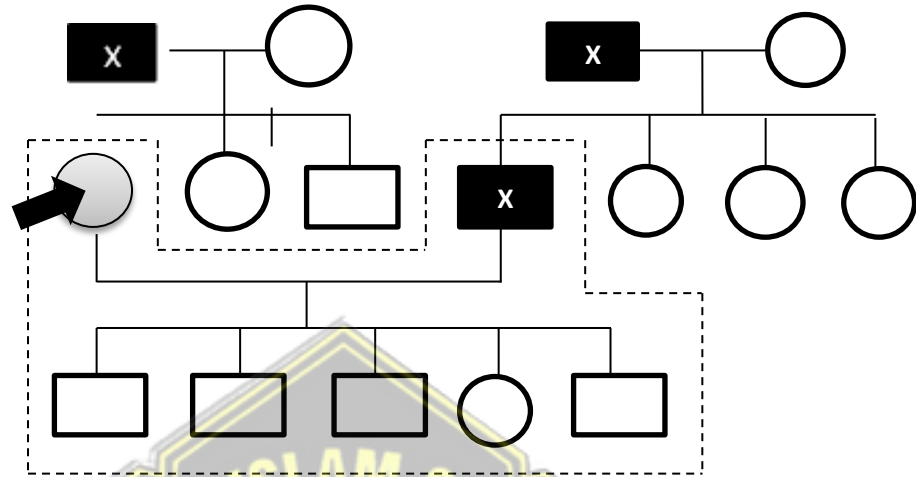
Klien mengatakan memiliki anak lima, tidak ada gangguan kehamilan, proses persalinan spontan, lama persalinan kurang lebih 7 jam, tempat persalinan di dukun bayi setempat, klien mengatakan tidak ada masalah saat persalinan anak pertama sampai anak terakhir, klien mengatakan tidak ada masalah nifas/laktasi, klien mengatakan anak pertama sampai anak terakhir sehat dan normal.

e. Keluarga Berencana

Klien mengatakan sebelumnya pernah memakai KB Pil, dan setelah melahirkan anak ke-lima menggunakan KB steril. Dan sekarang klien sudah lama tidak mengalami menstruasi karena faktor usia.

## f. Riwayat Kesehatan Keluarga

## 1) Susunan kesehatan keluarga



Gambar 4.1 Genogram

Keterangan :



= Laki-laki



= Perempuan



= Meninggal (L)



= Pasien



= Menikah



= Tinggal Serumah



= Garis Keturunan

## g. Penyakit yang pernah dialami anggota keluarga

Klien mengatakan bahwa keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama, tetapi ada suami yang meninggal 4 tahun yang lalu dikarenakan mempunyai riwayat penyakit paru-paru.

#### h. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien menyatakan bahwa menjaga lingkungan rumah harus selalu dilakukan sesuai dengan kemampuan yang pasien bisa.

#### i. Pola Kesehatan Fungsional

##### 1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit klien mengatakan selalu memperhatikan pola hidup sehat dan selalu makan makanan yang bergizi. Selama sakit klien akan tetap memperhatikan kesehatannya dan tetap menjaga pola hidup sehat.

##### 2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan pola BAB lancar dan normal, frekuensi satu kali sehari, konsistensi padat, warna kuning, tidak ada darah maupun lendir. Untuk pola BAK, klien mengatakan sebelum sakit normal, sehari lima sampai enam kali sehari, urine berwarna kuning, bau khas urine.

Klien mengatakan sesudah dirawat BAB lancar, hanya saja selama dirawat BAB dua hari sekali, konsistensi padat, warna kuning, tidak ada darah maupun lendir. Untuk BAK klien menggunakan kateter, urin berwarna kuning kadang tercampur darah, produksi urin empat ratus cc perhari.

#### j. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan beraktivitas normal, sebagai petani kegiatan menanam padi dan di perkebunan. Tidak ada

gangguan saat beraktivitas seperti makan dan minum, berpindah, mandi, berpakaian.

Klien mengatakan setelah dirawat ada sedikit gangguan beraktivitas yaitu sebagian dibantu oleh adiknya seperti mandi, berpakaian, dan berpindah.

k. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien mengatakan tidur malam selama tujuh jam, mulai pukul 21.00 hingga 04.00. Sesudah sakit klien mengatakan jika tidur sering terbangun karena tidak biasa dengan suasana rumah sakit dan rasa nyeri bekas operasi.

l. Pola Nutrisi dan Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan memiliki pola makan dan minum yang normal, yaitu makan tiga kali sehari dengan porsi habis dan minum sekitar delapan gelas sehari, tidak ada penurunan berat badan selama dua tahun terakhir. Setelah dirawat klien mengatakan masih memiliki kebiasaan makan tiga kali sehari, tetapi pola minumnya berkurang menjadi tiga sampai empat kali sehari karena setiap akan meminum merasakan mual, tidak ada kesulitan menelan.

m. Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Sebelum sakit klien mengatakan tidak ada masalah penglihatan dan pendengaran, mampu berinteraksi dengan orang lain dengan baik, kemampuan berbicara, mengingat, menerima pesan yang diterima dan pengambilan keputusan juga masih baik dan normal.

Setelah dirawat semua masih sama dengan keadaan sebelum sakit tidak ada gangguan penglihatan dan pendengaran, mampu berinteraksi dengan orang lain dengan baik, kemampuan berbicara, mengingat, berbicara, menerima pesan yang diterima dan pengambilan keputusan juga masih baik dan normal. Metode untuk mengurangi persepsi nyeri dengan pendekatan P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 6, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk.

n. Persepsi Diri dan Konsep Diri

Klien mengatakan sebelum sakit perutnya membesar karena obesitas biasa, klien setelah diperiksa dan tahu penyakitnya sabar dan tabah dengan penyakit yang dialaminya. Setelah dirawat Klien menyatakan bahwa dia ingin sembuh dari penyakitnya dengan cepat dan supaya bisa segera pulang karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit.

o. Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit klien mengatakan dalam proses pengambilan keputusan dengan musyawarah keluarga (anak serta adek kandung pasien). Setelah dirawat klien mengatakan dalam mengambil keputusan selalu meminta persetujuan dari keluarga, selalu menceritakan masalah yang dihadapi dengan keluarganya.

p. Pola Seksual Reproduksi

Klien menyatakan bahwa mereka tidak memiliki masalah dengan pola seksual reproduksinya, dikarenakan empat tahun lalu suaminya meninggal, dan sekarang hanya tinggal bersama anak dan cucunya. Setelah dirawat klien tidak ada masalah dengan pola seksual reproduksinya, klien juga mengatakan sudah delapan tahun yang lalu tidak mengalami menstruasi. Riwayat kehamilan klien mengatakan memiliki lima orang anak.

q. Pola Peran Berhubungan Dengan Orang lain

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah dirawat memiliki kemampuan interaksi yang baik, baik dengan keluarga, perawat di rumah sakit maupun dokter.

r. Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan sebelum dan setelah dirawat masih bisa menjalankan ibadah dengan baik dan dibantu oleh adeknya.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran komposmentis, penampilan lemah, dan mata sayu. Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit.

b. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, rambut hitam bercampur uban, bersih, bebas ketombe dan rontok, tidak ada bekas luka, tanpa massa atau benjolan.

c. Mata

Bentuk mata kiri dan kanan simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, dan fungsi penglihatan baik.

d. Hidung

Normal, bersih, tidak ada polip, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada alat bantu nafas.

e. Telinga

Tidak ada massa atau bekas luka yang abnormal di telinga kanan dan kiri; keduanya simetris, dan pendengaran baik.

f. Mulut dan Tenggorokan

Normal, gigi warna putih kekuningan dan lengkap, tidak ada bekas luka, tidak ada gangguan berbicara, mukosa bibir lembab.

g. Dada

Jantung, inspeksi memiliki bentuk yang simetris, palpasi menunjukkan *lectus cordis* teraba, dan perkusi menunjukkan suara yang terdengar sonor, Aukultasi : suara jantung lupdup, tanpa suara tambahan.

Paru-paru, Inspeksi memiliki bentuk dada simetris, Palpasi menunjukkan tidak ada massa atau benjolan, Perkusi : terdengar



suara sonor, Aulkultasi : terdengar vesikuler, tidak ada suara tambahan.

h. Abdomen

Inspeksi menunjukkan terlihat sayatan dan jahitan bekas operasi, Aulkultasi : bising usus 18x/menit, Perkusi : bunyi timpani, Palpasi : ada nyeri tekan sekitar bekas operasi, P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 6, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk.

i. Genetalia

Bersih, terpasang kateter. tidak ada bekas luka.

j. Ekstermitas atas dan bawah

Ekstermitas atas normal, pergerakan sendi bebas tidak ada kelainan, turgor kulit normal, tidak ada luka, simetris antara kanan dan kiri. Capillary refill < 2 detik, terpasang infus ditangan kiri, tidak ada nyeri tekan di daerah tusukan infus. Tidak ada luka, tidak ada alat bantu, ekstermitas bawah normal, kaki kanan dan kiri normal, dan simetris.

k. Kulit

Bersih, warna sawo matang, tidak ada edema dan luka, turgor kulit normal, capillary refill < 2 detik.

## 1) Data Penunjang

## a) Pemeriksaan Laboratorium Klinik

Tabel 4.1 Hasil Laboratorium Klinik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
<b>APTT</b>				
APTT	26.0	21.8 – 28.4	detik	
APTT (Kontrol)	27.6	20.7 – 28.1	detik	
<b>CREATININE</b>				
Creatinine				
Creatinin	1.52	0.60 – 1.10	mg/dL	
<b>DARAH RUTIN 1</b>				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	9.5	11.7 – 15.5	g/dL	
Hematokrit	29.8	33.0 – 45.0	%	
Leukosit	6.92	3.60 – 11.00	ribu/ $\mu$ L	
Trombosit	274	150 – 440	ribu/ $\mu$ L	
<b>GOL DARAH ABO RH</b>				
Gol Darah ABO RH				
Golongan Darah/Rh	B/Positif			
<b>GULA SEWAKTU</b>				
Gula Sewaktu				
Glukosa Darah Sewaktu	100	<200	mg/dL	
<b>HBSAG KUANTI</b>				
HbSAg Kuantitatif	0.00	Reaktif<0.05 Reaktif $\geq$ 0.05	Non	Metode CLIA IU/mL
<b>NA, K, CL</b>				
Na, K, Cl				
Natrium (Na)	141.0	135 – 147	mmol/L	
Kalium (K)	2.70	3.5 – 5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	105.0	95 – 105	mmol/L	
<b>PT</b>				
PT				
PT	10.4	9.3 – 11.4	detik	
PT (Kontrol)	12.7	9.3 – 12.7	detik	
<b>SGOT</b>				
SGOT				
SGOT (AST)	17	0 – 35	U/L	
<b>SGPT</b>				
SGPT				
SGPT (ALT)	4	0 – 35	U/L	
<b>UREUM</b>				
Ureum				
Ureum	40	10 – 50	mg/dL	

b) Pemeriksaan Instalasi Radiologi

**Pemeriksaan 1 : Thorax Besar (Non Kontras)**

• **Hasil Pemeriksaan :**

Ts. Yth.

**X FOTO TORAKS**

Cor : Apeks ke laterocaudal, pinggang mendatar.

Pulmo : Corakan vasculer meningkat.

Tampak bercak di paracardial kanan..

Hilus tak menebal.

Diafragma dan sinus costofrenicus tak tampak kelainan.

Tak tampak lesi litik, sklerotik, maupun destruktif pada tulang/Skoliosis vertebrae toracalis ke kanan.

**K E S A N :**

Cardiomegaly (LV, LA).

Gambaran bronchopneumonia.

Tak tampak gambaran metastasis pada tulang yang terlihat.

Skoliosis vertebrae toracalis ke kanan.

## c) Pemeriksaan Laboratorium Klinik

**Tabel 4.2 Hasil Laboratorium Klinik Lengkap**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>Darah Rutin 1</b>				
Hemoglobin	12.8	11.7 – 15.5	g/dL	
Hematokrit	40.6	33.0 – 45.0	%	
Leukosit	8.08	3.60 – 11.00	ribu/ $\mu$ L	
Trombosit	159	150 - 440	ribu/ $\mu$ L	

Catatan :

## 1. Diit Yang Diperoleh

Bubur sumsum.

## m. Terapi obat

Infus RL 20 tpm, Transfusi darah 2 kolf Prc Premed, via PO :  
Paracetamol tab 3x1 gr, Alprazolam, via IV : Cefazolin 2 gr  
premed, ceftriaxone 1x2 gr, dexketoprofen 2x50 gr,  
diphenhydramine 1 ampul.

## 2. Analisa Data

Pada tanggal 08 Februari 2024, pukul 09.00 WIB, didapatkan data subjektif yang pertama yaitu klien mengatakan nyeri pada perut bekas operasi. Pengkajian P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 6, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk. Sedangkan data objektif terlihat klien meringis kesakitan dan gelisah. Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit. Penulis menegakkan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Data fokus kedua didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit menjadi merasa lemah. Sedangkan data objektif ditemukan nampak gelisah, wajah lesu. Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit. Penulis menegakkan diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Data ketiga didapatkan data subyektif, klien mengatakan ada luka bekas jahitan operasi di perut. Sedangkan data objektif klien terlihat tidak nyaman, terdapat jahitan luka bekas operasi di perut. Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit. Penulis menegakkan diagnosa Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

### **3. Diagnosa Keperawatan**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

### **4. Rencana Tindakan/Intervensi**

Pada tanggal 08 Februari 2024 dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Diagnosa yang pertama, Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik. Tujuan dan kriteria hasil, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mendapatkan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Intervensi yang dilakukan pada

diagnosa pertama yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan paket dzikir dan *foot and hand massage* untuk mengurangi rasa nyeri (Balkis & Sukyati, 2023), jelaskan strategi meredakan nyeri.

Diagnosa kedua dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Tujuan dan kriteria hasil, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mendapatkan kriteria hasil keluhan istirahat tidak cukup menurun, sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu, identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan (pencahayaan, membatasi kunjungan, kebisingan, tempat tidur), lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( pijat, pengaturan posisi).

Diagnosa ketiga dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Tujuan dan kriteria hasil, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada drainase purulen. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.



## 5. Implementasi

Pada hari pertama, 08 Februari 2024 penulis melakukan implementasi untuk diagnosa pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, dan intensitas nyeri, ditemukan data subyektif respon klien mengatakan nyeri perut bekas operasi, P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 6, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk. Data obyektif respon klien tampak meringis kesakitan dan gelisah, Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit. Implementasi 2. Mengajarkan berdzikir dan mengajarkan foot and hand massage untuk mengurangi nyeri. Data subyektif respon klien memilih terapi beristighfar dengan pijat kaki, tangan dan data obyektif klien nampak rileks. Implementasi 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri, ditemukan data subyektif klien melakukan *foot and hand massage* untuk meredakan nyeri. Data obyektif respon klien setuju dan melakukan *foot and hand massage*.

Diagnosa kedua yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Implementasi 1. Memonitor pola aktivitas dan tidur, ditemukan data subyektif klien mengatakan setelah dirawat jam tidurnya berkurang, data obyektif mata klien tampak sayu dan lemas. Implementasi 2. Melakukan modifikasi lingkungan (pencahayaan, membatasi kunjungan, kebisingan, tempat tidur), ditemukan data subyektif klien memahami anjuran perawat. Data obyektif, respon klien mulai mengurangi cahaya di



ruangan, dan membatasi kunjungan. Implementasi 3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( pijat, pengaturan posisi), ditemukan data subyektif klien mengatakan mau mengikuti anjuran perawat. Data obyektif respon klien mulai melakukan pengaturan posisi yang nyaman.

Implementasi diagnosa ketiga yaitu Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Implementasi : 1. Melakukan monitoring tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, ditemukan data subyektif klien mengatakan paham dengan yang disampaikan perawat. Data obyektif respon klien tampak memahami yang disampaikan oleh perawat. Implementasi 2. Mengajarkan cuci tangan yang benar, ditemukan data subyektif klien mengatakan mengikuti anjuran perawat. Data obyektif respon klien melakukan cuci tangan dengan benar. Implementasi 3. Menganjurkan cara memeriksa kondisi luka operasi, data subyektif respon klien paham dengan yang dijelaskan oleh perawat. Data obyektif respon klien tampak memahami dan memeriksa luka bekas jahitan operasinya.

Pada hari kedua, Jumat 09 Februari 2024 penulis melakukan intervensi untuk diagnosa pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, dan intensitas nyeri, ditemukan data subyektif klien mengatakan nyeri perut bekas operasi tetapi tidak sesakit kemarin, P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 4, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk tetapi tidak sesakit kemarin. Data obyektif respon klien meringis berkurang, vital sign

Suhu tubuh : 36,4°C, TD : 136/86 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 81 x/menit, SpO2 : 99%. Implementasi 2. Mengajarkan berdzikir dan mengajarkan foot and hand massage untuk mengurangi nyeri. Data subyektif respon klien memilih terapi beristighfar dengan pijat kaki, tangan lagi dan data obyektif klien nampak lebih rileks dan nyaman. Implementasi 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri, ditemukan data subyektif klien melakukan *foot and hand massage* untuk meredakan nyeri lagi dibantu oleh adeknya. Data obyektif respon klien tampak rileks dalam melakukan *foot and hand massage*.

Diagnosa ke dua yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Implementasi 1. Memonitor pola aktivitas dan tidur, data subyektif klien mengatakan nyeri dibekas operasi kemarin sudah sedikit berkurang dan tidur sudah lebih nyaman. Data obyektif respon klien lebih rileks dan gelisah berkurang. Implementasi 2. Melakukan modifikasi lingkungan (pencahayaan, membatasi kunjungan, kebisingan, tempat tidur), ditemukan data subyektif klien memahami anjuran perawat. Data obyektif klien sudah mengikuti anjuran dari perawat. Implementasi 3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, pengaturan posisi), ditemukan data subyektif klien mengatakan mau mengikuti anjuran perawat. Data obyektif respon klien mulai melakukan pengaturan posisi yang nyaman semi fowler.

Diagnosa ketiga yaitu Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Implementasi 1. Melakukan monitoring tanda dan gejala

infeksi lokal dan sistemik, ditemukan data subyektif klien mengatakan paham dengan penjelasan perawat. Data obyektif respon klien tampak memahami yang disampaikan oleh perawat. Implementasi 2. Mengajarkan cuci tangan yang benar, ditemukan data subyektif klien mengatakan sudah mencuci tangan dengan benar. Data obyektif respon klien sudah benar dalam mempraktekkan cuci tangan dengan benar. Implementasi 3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, data subyektif respon klien paham dengan yang dijelaskan oleh perawat. Data obyektif respon klien tampak memahami dan memeriksa luka bekas jahitan operasinya.

Pada hari ketiga, Sabtu 10 Februari 2023 penulis melanjutkan intervensi diagnosa pertama Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, dan intensitas nyeri, ditemukan data subyektif klien mengatakan nyeri perut bekas operasi sudah menghilang, P = nyeri diperut (bekas operasi) saat gerak, Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 2, T = nyeri sudah hilang. Data obyektif respon klien tampak tenang, vital sign Suhu tubuh : 37°C, TD : 160/98 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 90 x/menit, SpO2 : 99%. Implementasi 2. Mengajarkan berdzikir dan mengajarkan *foot and hand massage* untuk mengurangi nyeri. Data subyektif respon klien melakukan terapi beristighfar dengan pijat kaki, tangan lagi dan data obyektif klien nampak lebih rileks dan tenang. Implementasi 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri, ditemukan data subyektif klien melakukan *foot and hand massage* untuk meredakan nyeri

lagi dibantu oleh adeknya. Data obyektif respon klien tampak rileks dalam melakukan *foot and hand massage*.

Berikutnya diagnosa kedua Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Implementasi 1. Memonitor pola aktivitas dan tidur, data subyektif klien mengatakan sudah bisa tidur lebih tenang. Data obyektif respon klien lebih rileks. Implementasi 2. Melakukan modifikasi lingkungan (pencahayaan, membatasi kunjungan, kebisingan, tempat tidur), ditemukan data subyektif klien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan lingkungan rumah sakit. Data obyektif klien tampak lebih rileks dari hari kemarin. Implementasi 3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( pijat, pengaturan posisi), ditemukan data subyektif klien mengatakan sudah berlatih berpindah tempat. Data obyektif respon klien nampak berjalan pelan-pelan dibantu oleh adeknya.

Implementasi diagnosa ketiga Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Implementasi 1. Melakukan monitoring tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, ditemukan data subyektif klien mengatakan luka bekas operasinya tidak ada tanda-tanda infeksi. Data obyektif respon klien tampak memperlihatkan luka bekas operasinya. Implementasi 2. Mengajarkan cuci tangan yang benar, ditemukan data subyektif klien mengatakan sudah mencuci tangan dengan benar. Data obyektif respon klien sudah benar dalam mempraktekkan cuci tangan dengan benar. Implementasi 3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, data subyektif respon klien paham dengan yang dijelaskan oleh

perawat. Data obyektif respon klien memeriksa kembali luka bekas jahitan operasinya di perut. Leukosit : 8.08 ribu/ $\mu$ L

## 6. Evaluasi

Pada tanggal 08 Februari 2024 pukul 10.00 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu: S : klien mengatakan nyeri di perut bekas operasi, P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 6, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk. O : respon klien tampak meringis kesakitan dan gelisah, Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit. A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi, menjelaskan strategi mengurangi nyeri (pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage*).

Pada tanggal 08 Februari 2024 pukul 10.10 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. S : klien mengatakan setelah dirawat jam tidurnya berkurang. O : mata klien tampak sayu dan lemas, Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit. A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi, monitoring pola aktivitas dan tidur, melakukan modifikasi lingkungan (pencahayaan, membatasi kunjungan, kebisingan, tempat tidur), melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( pijat, pengaturan posisi).

Pada tanggal 08 Februari 2024 pukul 10.20 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. S :

klien mengatakan ada luka bekas operasi diperut nyeri tapi belum ada tanda infeksi, O : klien tampak gelisah dan tidak nyaman, terdapat luka bekas operasi diperut. Vital sign Suhu tubuh: 36,6° C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit. A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi, monitoring tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Pada tanggal 09 Februari 2024 pukul 08.00 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengatakan nyeri di bekas operasi tidak sesakit kemarin, P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 4, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk tetapi tidak sesakit kemarin. O : respon klien meringis berkurang, vital sign Suhu tubuh : 36,4°C, TD : 136/86 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 81 x/menit, SpO2 : 99%. A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi, melanjutkan terapi pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage*.

Pada tanggal 09 Februari 2024 pukul 08.10 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. S : klien mengatakan nyeri dibekas operasi kemarin sudah sedikit berkurang dan tidur sudah lebih nyaman, latihan bergerak dengan pelan. O : respon klien lebih rileks dan gelisah berkurang, vital sign Suhu tubuh : 36,4°C, TD : 136/86 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 81 x/menit, SpO2 : 99%. A : Masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( pijat, pengaturan posisi).



Pada tanggal 09 Februari 2024 pukul 08.20 evaluasi diagnosa keperawatan Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. S : klien mengatakan ada luka bekas operasi diperut, tapi belum ada tanda-tanda infeksi. O : pasien tampak rileks dan tenang. vital sign Suhu tubuh : 36,4°C, TD : 136/86 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 81 x/menit, SpO2 : 99%. A : Masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi, monitoring tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mengajarkan cara cuci tangan yang benar.

Pada tanggal 10 Februari 2024 pukul 09.10 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengatakan nyeri dibekas operasi di perut sudah menghilang, P = nyeri diperut (bekas operasi) saat gerak, Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 2, T = nyeri sudah hilang. O : respon klien tampak tenang, vital sign Suhu tubuh : 37°C, TD : 160/98 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 90 x/menit, SpO2 : 99%. A : Masalah teratasi, P : Tujuan tercapai.

Pada tanggal 10 Februari 2024 pukul 09.20 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. S : klien mengatakan sudah bisa tidur lebih tenang dan bisa berjalan dengan pelan dibantu adeknya. O : respon klien lebih rileks, vital sign Suhu tubuh : 37°C, TD : 160/98 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 90 x/menit, SpO2 : 99%. A : Masalah teratasi, P : Tujuan tercapai, pertahankan intervensi.



Pada tanggal 10 Februari 2024 pukul 09.30 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. S : klien mengatakan luka bekas operasinya sudah tidak nyeri dan tidak ada tanda-tanda infeksi. O : klien tampak sudah lebih tenang dan rileks, vital sign Suhu tubuh : 37°C, TD : 160/98 mmHg, Respirasi : 20 x/menit, Nadi : 90 x/menit, SpO2 : 99%, Leukosit : 8.08 ribu/ $\mu$ L. A : Masalah teratasi. P : Tujuan tercapai, pertahankan intervensi.

## **B. Pembahasan**

Kasus yang dibahas oleh penulis akan dibahas dalam Bab IV tentang “Implementasi Pemberian Paket Dzikir dan *Foot and Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium” yang dikelola selama tiga hari dimulai dari hari Kamis, 08 Februari 2024 hingga hari Sabtu, 10 Februari 2024, yang di mulai dengan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan didasarkan pada kebutuhan pasien. Pengumpulan data dalam studi keperawatan, observasi, komunikasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik adalah komponen penting (Ilmu, Universitas, and Banjarmasin, 2020).

Menurut (Anggit and Astuti, 2020), pengkajian keperawatan merupakan tahapan mengumpulkan data secara lengkap pada pasien baik secara fisik, mental, sosial, dan spritual. Di tahapan ini ada tiga kegiatan, diantaranya ada pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah.

Kista ovarium dapat berubah ganas atau disebut kanker. Lilitan dapat terjadi pada penderita kista ovarium, yang dapat mengakibatkan rasa sakit, perdarahan, infeksi, dan bahkan kematian. Salah satu gejala yang mungkin menunjukkan kanker ovarium adalah perdarahan di vagina. Beberapa faktor penyebab timbulnya kista ovarium, seperti usia sebagai faktor utama risiko keganasan ovarium. Wanita yang memiliki kehamilan pertama mereka sebelum usia 35 tahun dan di bawah usia 25 tahun. Kebanyakan kista ovarium bersifat jinak dan mudah diobati. Risiko keganasan kista ovarium adalah 1:1000 pada orang di bawah 40 tahun, yang menunjukkan bahwa kista ovarium sangat jarang berkembang menjadi kanker atau kista ganas. Sedangkan, Risiko terkena meningkat pada individu berusia di atas empat puluh tahun kista karena kista ini dapat berkembang menjadi ganas atau menjadi kanker ovarium (Kesehatan et al, 2020).

Pada saat dilakukan pengkajian penulis masih terdapat kekurangan dimana penulis tidak mencantumkan hari berapa Ny. S pasca operasi, seharusnya penulis mencantumkan hari ke-0 post operasi dengan indikasi kista ovarium.

## **2. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi**

Menurut hasil pengkajian, bahwa ada tiga masalah keperawatan yang selanjutnya ditegakkan sebagai diagnosa keperawatan, diantaranya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intoleransi aktifitas

berhubungan dengan kelemahan, dan risiko infeksi berhubungan dengan dampak prosedur invasi.

a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), Nyeri akut (D.0077) adalah perasaan emosional atau sensorik yang disebabkan oleh kerusakan jaringan nyata atau fungsional. Ini dapat muncul dengan cepat atau lambat, bervariasi dari ringan hingga berat, dan tidak akan hilang selama kurang dari tiga bulan. Nyeri akut akan hilang setelah melakukan tindakan medis tertentu. Masalah yang sering terjadi jika nyeri tidak segera diatasi maka akan mempengaruhi kegiatan klien sehari-hari, ditandai dengan meringis, gelisah, mengerutkan dahi. Durasi nyeri akut tergantung pada faktor penyebabnya (Patients et al, 2022).

Kista ovarium dapat berubah ganas atau disebut kanker. Bagi penderita kista ovarium, lilitan dapat menyebabkan rasa sakit, perdarahan, infeksi, dan bahkan kematian. Salah satu gejala yang mungkin menunjukkan kanker ovarium adalah perdarahan di vagina. Beberapa faktor penyebab timbulnya kista ovarium, seperti usia sebagai faktor utama risiko keganasan ovarium. Wanita yang memiliki kehamilan pertama mereka sebelum usia 35 tahun dan di bawah 25 tahun Kista ovarium biasanya jinak dan dapat diobati dengan mudah. Risiko keganasan kista ovarium pada orang di bawah 40 tahun adalah 1:1000, yang berarti bahwa kista ini sangat

jarang berkembang menjadi kista atau kanker ganas. Sebaliknya, risiko lebih tinggi untuk individu berusia di atas empat puluh tahun untuk terkena kista karena kista ini mungkin berkembang menjadi kanker atau kista ganas (Kesehatan et al, 2020).

Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik berdasarkan hasil pengkajian pada klien. Klien mengatakan nyeri pada perut bekas operasi. Pengkajian P = nyeri diperut (bekas operasi), Q = berdenyut, R = jahitan bekas operasi, S = 6, T = nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk. Sedangkan data objektif terlihat klien meringis kesakitan dan gelisah. Vital sign Suhu tubuh: 36,6°C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit.

Penulis menjadikan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sebagai prioritas utama masalah keperawatan. Tindakan laparotomi adalah tindakan pembedahan yang dapat menimbulkan nyeri. Beberapa masalah yang muncul pasca pembedahan diantaranya rusaknya integritas kulit, intoleransi aktivitas, perdarahan, dan risiko infeksi. Nyeri disebabkan karena diskontinuitas jaringan akibat kerusakan sel saraf kulit akibat insisi pembedahan. Penulis menilai diagnosa nyeri akut sebagai prioritas utama dalam kasus ini (Anon, 2023).

Penyusunan intervensi yang dibuat oleh penulis pada diagnosa nyeri akut dengan tujuan dan kriteria hasil, setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mendapatkan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Intervensi pada diagnosa pertama yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Ada dua metode dalam mengobati nyeri pasca operasi: terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Memberikan paket dzikir dan memijat kaki dan tangan adalah salah satu cara. Berdasarkan beberapa penelitian, dzikir merupakan rangkaian kalimat-kalimat Allah SWT yang berarti menenangkan sehingga dapat mengurangi rasa sakit. Setelah pasien merasa nyaman, terapi dzikir dapat menekan sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis bekerja. Saraf parasimpatis membantu merelaksasi dan mempercepat proses penyembuhan dengan mengurangi ketegangan otot, terlalu banyak metabolisme tubuh, kecepatan pernafasan, denyut nadi, dan tekanan darah (Epara, 2019). Penanganan rasa nyeri indikasi untuk kista ovarium pada pasien yang telah menjalani operasi laparatomi dengan cara terapi *foot and hand massage*. Terapi ini memberikan pijatan pada kaki dan tangan meringankan tubuh, mempercepat peredaran darah, dan meningkatkan metabolisme tubuh, sehingga mengurangi nyeri dan mempercepat penyembuhan operasi (Henniwati, Dewita, and Idawati, 2021).

Ketika dilakukan implementasi keperawatan klien sangat kooperatif sehingga tidak ada kendala yang dialami oleh penulis selama proses asuhan keperawatan. Implementasi yang dilakukan oleh penulis pada klien salah satunya adalah mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian paket dzikir dan *foot and hand massage* untuk mengurangi nyeri. Klien mempraktekkan tekniknya dengan baik sehingga rasa nyeri berkurang. Evaluasi yang didapatkan penulis setelah 3x7 jam, mendapatkan hasil klien mengatakan bahwa rasa nyeri telah turun dari skala 6 menjadi skala 2 dengan terus melanjutkan intervensi yang telah direncanakan.

b. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), Intoleransi aktivitas adalah kondisi di mana seseorang kekurangan energi yang dibutuhkan untuk melakukan tugas sehari-hari. Setelah dikaji lebih dalam, seharusnya penulis mengganti diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan menjadi **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri**. Intoleransi Aktivitas lebih tepat pada pasien dengan *heart failure* atau di sebut juga gagal jantung yang disebabkan Jumlah darah yang tersisa pada ventrikel kiri pada akhir diastolik meningkat karena jantung tidak dapat mempertahankan sirkulasi yang cukup. Kapasitas ventrikel untuk menerima darah dari atrium kiri berkurang sebagai akibat dari peningkatan darah residual ini. Agar atrium kiri tidak dapat menerima semua darah



yang masuk dari vena pulmonalis, atrium kiri harus bekerja lebih keras untuk mengejeksi, berdilatasi, dan membesar. Akibatnya, atrium kiri mengalami tekanan yang lebih tinggi, menyebabkan edema paru. Ini akan menyebabkan gagal ventrikel kiri. Klien mungkin lemas, lesu, dan mengalami masalah beraktivitas, atau intoleransi aktivitas, karena jaringan mengalami hipoksia dan pembuangan sampah metabolik yang lebih lambat. Dari penjelasan diatas, dapat di simpulkan bahwa diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik lebih tepat (Sand Failure, 2022).

Dari pengertiannya, Gangguan mobilitas fisik adalah ketika satu atau lebih ekstermitas tidak dapat bergerak secara mandiri. Sedangkan, oleh *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), sebagai kondisi di mana seseorang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. Dari data obyektif pasien dan data subyektifnya, mata pasien tampaknya sayu dan gelisah. Tanda-tanda vital, suhu tubuh : 36,6 °C, tekanan darah : 157/103 mmHg, RR : 20x/menit, N : 84x/menit.

Karena Ny.S merupakan pasien pasca operasi bedah yang hanya bisa berbaring ditempat tidur dan memiliki keterbatasan gerak dalam beraktivitas. Sehingga penulis menyusun intervensi yang tepat untuk pasien dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu dengan dukungan mobilisasi



(I.05173). Intervensi yang sudah dibuat oleh penulis ditetapkan oleh Standar Intervensi Keperawatan Indonesia kepada pasien adalah,

**Observasi :**

- a. Identifikasi keluhan fisik seperti nyeri atau keluhan lainnya,
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan,
- c. Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi, dan
- d. Pantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

**Terapeutik:**

- a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu,
- b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- c. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

**Edukasi:**

- a. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini,
- c. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. pindah dari tempat tidur ke kursi, duduk di tempat tidur).

Mobilisasi dini merupakan sebagai salah satu cara merilekskan tubuh setelah melakukan tindakan operasi pembedahan. Tujuan dilakukannya intervensi dukungan mobilisasi yaitu dapat mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut pasca

operasi laparotomi. Mobilisasi dini jika tidak dilakukan segera akan mengganggu metabolisme protein dan karbohidrat lemak, serta dapat mengakibatkan ketidakseimbangan cairan elektrolit dan kalsium ). Mobilisasi dini dapat dilakukan dengan bertahap. Latihan miring ke kanan dan ke kiri mungkin dilakukan oleh pasien pada enam hingga sepuluh jam pertama setelah operasi, setelah 12 sampai 24 jam pasien di anjurkan latihan duduk dengan stabil, dan di anjurkan latihan berjalan. Mobilisasi dini membantu pasien pasca operasi laparotomi dengan beberapa cara, seperti mempercepat pemulihan dan melancarkan peredaran darah, mencegah kontraktur vena dan otot statis, dan meningkatkan peristaltik usus. Selanjutnya implementasi bagi pasien dengan post operasi laparotomi adalah mengajarkan teknik mobilisasi bertahap, dan memberikan perawatan sesuai intervensi yang telah dibuat (Fitriani et al, 2023).

Mobilisasi dini juga meliputi *Range of Motion* (ROM). ROM adalah latihan pergerakan otot di mana pasien menggerakkan persendiannya baik secara aktif maupun pasif. ROM merupakan kegiatan penting yang dapat meningkatkan kekuatan otot dan sendi setelah operasi untuk mengurangi kemungkinan komplikasi, menurunkan rasa nyeri, dan mempercepat proses penyembuhan. Untuk mendapatkan hasil terbaik, ROM harus dilakukan delapan kali dan dikerjakan setidaknya tiga hari berturut-turut setiap dua hari. Proses ROM dapat dimulai pada hari kedua setelah operasi

(Fajri, Studi, and Ners 2021). Evaluasi pada pasien kista ovarium pasca operasi laparotomi bisa dilakukan secara bertahap.

c. Risiko Infeksi Berhubungan Dengan Efek Prosedur Invasi

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), risiko infeksi didefinisikan sebagai kondisi yang berisiko terpapar patogen.

Penulis menemukan alasan mengapa diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi data subyektif, pasien mengatakan bahwa luka di perut setelah operasi. Data obyektif, pasien terlihat tidak nyaman, terdapat jahitan luka bekas operasi di perut. Vital sign, suhu tubuh: 36,6 °C, tekanan darah: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit.

Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis adalah intervensi yang telah dilakukan sebelumnya untuk mencapai tujuan serta kriteria hasil diharapkan selama 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi berkurang sesuai dengan kriteria hasil: tidak ada kemerahan, bengkak, atau drainase purulen. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi dan menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi.

Pada prosedur operasi, dokter akan memotong kulit dengan pisau bedah, menimbulkan luka operasi yang dapat terinfeksi jika tidak dicegah. Berdasarkan beberapa penelitian, penggunaan antibiotik, kejadian akan meningkat jika pasien tinggal di rumah sakit selama tiga hari atau lebih sebelum operasi risiko infeksi. Jumlah waktu lamanya rawat inap sebelum operasi meningkatkan kemungkinan kontaminasi bakteri dan menurunkan kekuatan tubuh pasien, meningkatkan kemungkinan infeksi risiko infeksi luka operasi. Usia tua, operasi perut darurat, obesitas, diabetes, penyakit jantung, dan kanker adalah beberapa faktor risiko infeksi (Chairani et al, 2019).

Pengendalian infeksi adalah dasar manajemen luka karena infeksi akan menghambat penyembuhan luka. Tindakan pencegahan infeksi yaitu dengan mencuci tangan. Mencuci tangan membantu menghilangkan mikroorganisme yang menyebabkan infeksi. Peran yang dilakukan oleh dokter dan perawat sangat penting dan harus diprioritaskan dalam melakukan perawatan luka pada pasien. Penerapan urutan kebersihan tangan yang benar dapat mencegah dan mengurangi adanya risiko infeksi pasca operasi (Anon, 2021).

Penulis tidak ada kendala dalam melakukan implementasi keperawatan. Setelah dilakukan tindakan 3x7 jam, hasil evaluasi membuat pasien dan keluarga terlihat bersedia membantu, dapat

melakukan cuci tangan dengan benar, dan mengidentifikasi gejala dan tanda infeksi.

### **C. Keterbatasan**

Penulis saat melakukan asuhan keperawatan mengalami keterbatasan bahasa pada pasien. Tetapi dengan bantuan keluarga pasien, implementasi berjalan dengan lancar.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Implementasi Pemberian Paket Dzikir dan *Foot and Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparotomi Kista Ovarium dikelola selama tiga hari yang dimulai pada Kamis, 08 Februari 2024 sampai Sabtu, 10 Februari 2024. Bab terakhir dalam penyusunan Karya ilmiah ini mencakup simpulan dan saran.

#### **A. Simpulan**

##### **1. Pengkajian**

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny. S dengan post op laparotomi atas indikasi kista ovarium pada tanggal 08 Februari 2024 penulis mendapatkan data bahwa pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi, nyeri berdenyut, nyeri dibagian perut jahitan bekas operasi, skala nyeri 6, nyeri saat akan bergerak miring ataupun duduk. Pasien mengeluh lemah dan data objektifnya pasien tampak gelisah, gerakan tampak terbatas, wajah lesu, dan tampak sulit tidur. Pasien juga mengeluh ada luka bekas jahitan operasi, sedangkan data objektifnya pasien terlihat tidak nyaman. TTV : Suhu tubuh: 36,6 °C, TD: 157/103 mmHg, RR: 20x/menit, N: 84x/menit.

##### **2. Diagnosa**

Penulis menegakkan tiga diagnosa berdasarkan keluhan yang dikatakan pasien yaitu diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan

dengan kelemahan, diagnosa ketiga risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi.

### 3. Intervensi

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menentukan rencana keperawatan, yang mencakup intervensi yang diberikan pada Ny.S dengan diagnosa pertama yaitu Manajemen nyeri dan Pemberian Paket Dzikir Dan *Foot And Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomi Kista Ovarium. Diagnosa kedua yaitu Manajemen energi. Diagnosa ketiga yaitu pencegahan infeksi

### 4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3x7 jam sesuai rencana keperawatan yang sudah ditetapkan, mulai dari hari Kamis, 08 Februari 2024 sampai Sabtu, 10 Februari 2024.

### 5. Evaluasi

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama tiga hari yang dilakukan dari hari Kamis, 08 Februari 2024 sampai Sabtu, 10 Februari 2024 selama 3x7 jam didapatkan hasil evaluasi hari ketiga adalah tujuan tercapai dan masalah teratasi.



## B. Saran

Saran dari penulis diharapkan:

### 1. Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini bisa digunakan sebagai tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana siswa memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang telah menjalani operasi laparotomi dengan indikasi kista ovarium. Untuk KTI berikutnya terkait Implementasi Pemberian Paket Dzikir dan *Foot and Hand Massage* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Laparotomi Kista Ovarium bisa lebih komprehensif dalam melakukan pengkajian dan asuhan keperawatan.

### 2. Pihak Rumah Sakit

Diharapkan dapat memperbaiki kualitas pelayanan medis pasien yang telah menjalani operasi laparotomi untuk kista ovarium, menjadi lebih baik lagi dan akan terus berkembang dalam bidang pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

### 3. Masyarakat/Klien

Diharapkan masyarakat dapat mengetahui apa itu kista ovarium, tanda dan gejala kista ovarium agar dapat diatasi sebelum terlambat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggit, Rahayu, and Pudji Astuti. (2017). Pengertian Pengkajian Dalam Asuhan Keperawatan.
- Anon. (2020). Efektifitas Hand Massage Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Ji . Jamal Jamil Pondok Kopi Siteba Padang, 5(1):96–105.
- Anon. (2021). Tradisional Literature Review : Kepatuhan Mencuci Tangan Perawat Dengan Kejadian Infeksi Nosokomial, 2(3):1837–44.
- Anon. (2023). Dengan Post Laparatomi Neoplasm Ovarium Kistik Universitas Sriwijaya , Sumatera Selatan , Indonesia. 3(November):131–36.
- Anon. (2019). Pengkajian Dalam Proses Keperawatan Anamnesa Dan Pemeriksaan Fisik Abstrak Latar Belakang.
- Balkis, Gisa Miftahul, and Ira Sukyati. (2023). Penerapan *Foot & Hand Massage* Pada Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini, 7(1):29–46.
- Budiyanto, Toni, and Paulina Irma Susanti. (2015). Pasien Post Operasi Ca Mammae Di Rsud Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto, 3(2):90–96.
- Chairani, Farahdina, Ika Puspitasari, Rizka Humardewayanti Asdie, Magister Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Departemen Farmakologi, Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Bagian Ilmu, and Penyakit Dalam. (2019). Insidensi Dan Faktor Risiko Infeksi Luka Operasi Pada Bedah Obstetri Dan Ginekologi Di Rumah Sakit, 9(4):274–83.
- Di, Perawat, Rumah Sakit, Jiwa Provinsi, and Sulawesi Tenggara. (2023). Studi Deskriptif Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Jiwa Oleh Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara, 6:1–8.
- Epara, R. A. K. Artini J. (2019). “Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Benigna Prostat Hyperplasia Di RSUD, 10(1):229–35.
- Evaluasi, Dokumentasi. (2019). Tujuan Evaluasi Dalam Keperawatan.
- Fatimah, St, K. Shofiyah Latief, Febie Irsandy Syahrudin, Mona Nulanda, and Shulhana Mokhtar. (2023). Faktor Risiko Penderita Kanker Ovarium Di Rumah Sakit Ibnu Sina. Kanker Ovarium Ditemukan Dan Juga Semakin Kecil Usia Harapan Hidup Dari Wanita Yang Terkena . Berdasarkan Penelitian ( Kamajaya et Al, 2021 ), 04(01):46–56.

- Fitriani, Ade, Wina Widiyanti, Lilis Lismayanti, Andan Firmansyah, and Dadi Hamdani. (2023). Latihan Mobilisasi Untuk Meningkatkan Proses Pemulihan Pasca Operasi Laparotomi Pada Pasien Peritonitis, 5(1).
- Ii, B. A. B. (2015). No Title.
- Ii, B. A. B. (2017). Bab Ii Tinjauan Pustaka, 6–22.
- Ilmu, Magister, Keperawatan Universitas, and Muhammadiyah Banjarmasin. (2020). Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas, 5:79–89.
- Info, Article. (2021). *The Effect Of Foot Hand Massage Against Of Pain Post Section*, 1(1):30–35.
- Jannah, Nurul, Muskhob Eko Riyadi, Stikes Surya Global, and D. I. Yogyakarta. (2021). Effect of Dhikr Therapy on Post Operating Patient Pain Scale, 10(1):77–83.
- Kau, Mayangsari, Deysi Adam, and Lisa Djafar. (2023). *Determinants Of Ovarian Cyst Occurrence In Women Of Childbearing Age In Rsia Sitti Khadidjah Gorontalo*.
- Kesehatan, Dinamika, Jurnal Kebidanan, Keperawatan Vol, Faktor Resiko, Kejadian Kista, Ovarium Di, Poliklinik Kandungan, Kebidanan Rumah, and Sakit Islam. (2020). Cross Sectional, 11(1):28–36.
- Keswara, Nila W. (2020). Faktor Penunjang Terjadinya Kista Ovarium Di Klinik Daun Sendok Kabupaten Pasuruan, 4. doi: 10.30595/pshms.v4i.550.
- Koerniawan, Dheni, Novita Elisabeth Daeli, Univeristas Katolik, and Musi Charitas. (2020). No Title, 3:739–51.
- Mikrobiologi, Departemen, F. K. Unsri, Rsup M. H. Palembang. (2013). Pengaruh Beberapa Faktor Risiko Terhadap Kejadian Surgical Site Infection ( SSI ) Pada Pasien Laparotomi Emergensi, 15–25.
- Pasca, Mobilisasi Bertahap. (2023). Digital Repository Universitas Jember.
- Patients, Dyspepsia, I. N. Rsud, Jend Ahmad, Yani Metro, and Kata Kunci. (2022). Penerapan Guided Imagery PENDAHULUAN Nyeri Adalah Suatu Pengalaman Sensorik Dan Emosional Yang Tidak Menyenangkan Akibat Dari Kerusakan Jaringan Yang Bersifat Subjektif, 2(September):375–82.
- Pinzon, Rizaldy Taslim. (2016). *Pengkajian Nyeri*.

- Puspita, Anggun, Muh Ardi Munir, Abd Faris, *Medical Profession Program, and Departement Infection*. (2017). *APLIKASI TEORI MODEL*, 5(2):42–49.
- Puspita, Anggun, Muh Ardi Munir, Abd Faris, *Medical Profession Program, and Departement Infection*. (2021). *Case Report : Treatment of Ovarian Cysts with Total Hysterectomy and Bilateral Salfingooferectomy*, 3(2):149–53.
- Setyowati, Anita, Dina Indrati, and Dyah Sulistyowati. (2023). *The Effectiveness of the Combination of Nature Sound and Foot Massage against Pain Post-Appendectomy Patients*, (18).
- Silpia, Wiwin, Nurhayati Nurhayati, and Henni Febriawati. (2021). *The Effectiveness Of Hand Massage Therapy In Reducing Pain Intensity Among Patients With Post-Laparatomy Surgery*, 4(1):212–18.
- Siregar, Rizka Safitri, Abstrak Keperawatan, and Pendahuluan Implementasi. (2020). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*.
- Suryoadji, Kemal Akbar, Alifaturrasyid Syafaatullah Ridwan, Ahmad Fauzi, Fitriyadi Kusuma, Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Onkologi Ginekologi, Fakultas Kedokteran, and Universitas Indonesia. (2022). *Diagnosis Dan Tatalaksana Pada Kista Ovarium : A Literature Review*, 14(1):38–48.
- Zafira, Aininna Izzah. (2019). *Analisis Pencegahan Dan Penanganan Ovarian Cysts Ditinjau Dari Pola Makan Pasien*.
- S, Volume Nomor, and Pasien Heart Failure. (2022). *Jurnal Keperawatan*, 14(September):767–74.
- Fajri, Jufri Al, Program Studi, and Profesi Ners. (2021). *Pendidikan Kesehatan Latihan Range Of Motion Aktif Dan Pasif*, 3(3):255–59.